Étude IRPP

IRPP 40 YEARS/ANS

Idées
Analyses
Débats
Depuis 1972

N° 39, février 2013

www.irpp.org

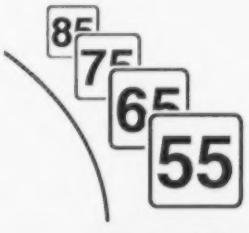
Financer les soins de longue durée

Une assurance privée ou publique ?

Michel Grignon et Nicole F. Bernier

Plus que toute autre option de financement, un régime d'assurance public pour soins de longue durée offrirait une couverture universelle équitable et efficace, et il serait davantage compatible avec l'approche « vieillir chez soi » privilégiée par les aînés et préconisée par les gouvernements.

A public insurance plan would ensure universal coverage of long-term care needs more equitably and efficiently than would other financing options, and it would be more consistent with the "aging at home" approach, which is favoured by seniors and governments.



Faces of Aging
Les défis du vieillissement

Table des matières

Résumé	1
Summary	2
La définition des soins de longue durée	4
Les avantages et inconvénients de l'option d'épargne privée	5
Les caractéristiques de l'assurance pour soins de longue durée	7
Une assurance privée ?	9
La conception d'un régime d'assurance public pour soins de longue durée	19
Synthèse et conclusions	26
Annexe : Les mécanismes sous-jacents au risque systémique de l'assurance pour soins de longue durée	29
Notes	31
Références	32
Les défis du vieillissement — Publications	34
À propos de cette étude	37

Ce texte est l'adaptation française de l'étude intitulée *Financing Long-Term Care in Canada* (IRPP Study 33), de Michel Grignon et Nicole F. Bernier, publiée par l'IRPP en juin 2012.

Les opinions exprimées dans ce document sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de l'IRPP ou celles de son conseil d'administration.

Chaque monographie publiée dans la collection Étude IRPP est évaluée de manière rigoureuse par des spécialistes internes et externes afin d'en assurer la qualité et la pertinence en matière de politiques publiques. Les études paraissent à intervalles irréguliers.

Étude IRPP remplace les collections *Choix IRPP* et *Enjeux publics*. Tous les documents de recherche peuvent être téléchargés au site Web www.irpp.org.

Si vous désirez obtenir de plus amples renseignements sur nos publications, veuillez nous contacter à l'adresse irpp@irpp.org. Pour recevoir le bulletin mensuel de l'IRPP, @propos, par courriel, vous pouvez vous abonner au site Web www.irpp.org.

ISSN 1920-9436 (en ligne) ISSN 1920-9428 (texte imprimé)
ISBN 978-0-88645-298-8 (en ligne) ISBN 978-0-88645-297-0 (texte imprimé)

Résumé

Avec le vieillissement de la population, de plus en plus de personnes nécessiteront des soins de longue durée. Au Canada, l'accès à de tels soins et leur coût varient actuellement suivant le revenu et la région, et selon que les soins sont dispensés à domicile ou en établissement. Que feront les gouvernements face à la hausse appréhendée des besoins au cours des 20 prochaines années et au-delà ? On trouve si peu d'information sur le financement public que les Canadiens ne peuvent prendre des décisions éclairées et se préparer pour le cas où ils auront besoin de tels soins.

Cette étude examine les modèles de financement pouvant assurer de façon équitable et efficace la couverture universelle des soins de longue durée, ainsi que le rôle des gouvernements en la matière. S'appuyant sur une revue des études économiques basées sur l'expérience d'autres pays, Michel Grignon et Nicole F. Bernier analysent les avantages et les inconvénients des options actuelles de financement des soins, soit l'épargne des particuliers, l'assurance privée et l'assurance publique universelle.

Leur analyse indique que l'épargne des particuliers ne peut combler de façon efficace les besoins éventuels des citoyens. L'assurance privée est par nature sujette aux imperfections du marché et ne pourra offrir une couverture adéquate à un coût abordable. Les auteurs concluent ainsi que seule l'assurance sociale saura répartir le risque, réduire l'incertitude et assurer un accès universel aux soins. Les gouvernements auraient donc tout intérêt à adopter un régime d'assurance public universel.

Ayant examiné les études les plus influentes en finances publiques et en fiscalité, les auteurs estiment que le régime idéal devrait couvrir tous les services jugés nécessaires (suivant une évaluation normalisée des besoins), ce qui requiert une enveloppe budgétaire ouverte. Leur analyse indique qu'il serait avantageux de financer un tel régime par une taxe de vente et d'en placer les recettes dans un fonds dédié. Enfin, pour assurer une meilleure équité intergénérationnelle, il est souhaitable que le régime soit capitalisé en partie.

En définitive, le régime proposé serait compatible avec l'approche « vieillir chez soi » privilégiée par les aînés et préconisée par les gouvernements.

Summary

As Canada's population ages, a growing number of frail seniors will require long-term care. Currently, the financing of long-term care is a patchwork. Access to long-term care and its cost to individuals vary depending on the region where they live and whether they are still at home or in a residential facility. How will governments address the anticipated increase in long-term care needs in the next two decades and beyond? Because there is little information about the level of public funding currently available, let alone future funding, Canadians are not in a position to make informed decisions on how to plan for their care needs in the future.

This IRPP study examines which financing schemes are most likely to ensure universal coverage of long-term care services in an equitable and efficient way, and what should be the role of governments in that regard. Based on a review of the economics literature and empirical evidence available from other countries, Michel Grignon and Nicole F. Bernier analyze the pros and cons of available options for financing long-term care: private savings, private insurance and universal public insurance.

The authors find that relying on private savings is not an efficient way for individuals to provide for their potential future care needs. Private long-term-care insurance is, by its very nature, subject to significant market failures, and it cannot offer adequate coverage at affordable rates. Thus, the authors conclude that only social insurance will be able to distribute the risk, reduce the uncertainty and ensure universal access to care. They argue that governments' best option is to adopt a public, universal insurance scheme.

Grignon and Bernier conclude that the ideal plan would provide full coverage for the services deemed necessary (based on a standard evaluation of care needs), which would necessitate an open-ended budgetary envelope. Their analysis indicates that it would be preferable to finance such a plan through a sales tax, which would be set aside in a segregated fund. In the interests of intergenerational equity, the system should be partially funded.

Such a system would also be more consistent with the "aging at home" approach, which is favoured by seniors and promoted by governments.

Financer les soins de longue durée : une assurance privée ou publique ?

Michel Grignon et Nicole F. Bernier

Il est bien connu que le nombre de personnes âgées augmentera sensiblement au cours des prochaines décennies. Ce phénomène est la conséquence du baby-boom de l'après-guerre, d'une meilleure santé chez les aînés et de l'espérance de vie accrue des gens souffrant de maladies chroniques. Le Canada devrait totaliser 10 à 11 millions de citoyens de 65 ans et plus en 2036 — soit plus du double des 4,7 millions de 2009 —, puis, de 12 à 15 millions en 2061. Si la grande majorité des personnes âgées vit de façon autonome, environ 14 p. 100 d'entre elles ont besoin d'aide pour accomplir des activités quotidiennes comme manger, s'habiller et se laver[1]. On prévoit que le nombre d'aînés en perte d'autonomie triplera dans les 50 prochaines années (Statistique Canada, 2010)[2], d'où l'importance d'accorder une grande priorité à notre capacité de fournir des soins de longue durée adéquats à la population vieillissante du pays.

Les aidants informels (surtout les conjoints des aînés dépendants, parfois leurs enfants) assurent aujourd'hui gratuitement l'essentiel des soins aux personnes âgées, soit à hauteur de 66 à 84 p. 100[3]. Cette situation perdurera vraisemblablement dans les années à venir, mais de plus en plus de Canadiens auront aussi besoin des soins de longue durée dispensés par des travailleurs et des professionnels rémunérés (Goda, Golberstein et Grabowski, 2010). Comment les gouvernements répondront-ils à la hausse de ces besoins ? En financeront-ils les coûts à même leurs budgets ou laisseront-ils les personnes dépendantes et leur famille les assumer en tout ou en partie ? Et dans ce dernier cas, comment les gens touchés supporteront-ils un tel fardeau ?

Face aux maigres données disponibles sur l'état actuel et futur du financement public, les Canadiens ne peuvent prendre de décisions éclairées quant à l'épargne et aux assurances pour planifier leurs soins de longue durée. Pour l'heure, la plupart des soins formels hors du milieu hospitalier ne sont pas couverts par la *Loi canadienne sur la santé* et sont peu accessibles. Par conséquent, les coûts des soins de longue durée sont aujourd'hui largement partagés entre les bénéficiaires et leur gouvernement provincial ou territorial.

Au Canada, le financement des soins de longue durée est très hétéroclite. La plupart des provinces subventionnent ces soins, mais un élément utilisateur-payeur s'applique aussi aux soins fournis à domicile ou en établissement. Les frais à débourser par l'utilisateur sont souvent liés au revenu et varient beaucoup d'une province à l'autre. C'est ainsi que du côté des soins en établissement, un hébergement standard pour aînés non mariés coûtait en 2008 un maximum de 12 157 dollars par année au Québec, comparativement à 33 600 dollars à Terre-Neuve-et-Labrador (Fernandes et Spencer, 2010)[4]. Du côté des soins à domicile, la répartition entre fonds publics et privés n'est pas établie, mais à la fin des années 1990, le quart des soins infirmiers et des services de soutien dispensés à la maison était payé directement par les bénéficiaires, à raison de 15 000 dollars annuels en moyenne (Coyte, 2000). Comme le constatent aussi McGregor et Ronald (2011), l'accès à certains services n'a rien d'uniforme.

Il est donc évident que les risques financiers auxquels s'exposent les Canadiens varient selon les régions et selon qu'ils vivent à la maison ou en établissement. De plus, si les programmes actuels financent certains services en établissement, il est rare qu'ils couvrent adéquatement les soins requis par les aînés dépendants qui vivent chez eux, même si cette option plus abordable est préférée par la grande majorité de la population. Les dispositions actuelles créent ainsi des inégalités entre citoyens tout en étant inefficaces. Par conséquent, il convient d'examiner comment universaliser, au Canada, l'accès aux soins de longue durée.

Qu'il soit public ou privé, tout régime de financement universel doit remplir plusieurs objectifs potentiellement contradictoires : l'efficience (éviter le gaspillage des ressources tout en répondant aux demandes de chacun), l'équité (dispenser des soins correspondant aux besoins et à la capacité de payer), le respect des bénéficiaires, la solidarité sociale (entre autres, ne contenir aucun élément dissuasif empêchant les familles de s'occuper de leurs proches) et l'équité intergénérationnelle (Wittenberg, Sandhu et Knapp, 2002).

Cette étude aborde ainsi les questions suivantes : Quels sont les avantages et les inconvénients des différentes options de financement des soins formels de longue durée au Canada ? Comment les décisions à cet égard influeront-elles sur les dépenses publiques et privées, l'équité et l'optimisation des ressources ? Que peuvent faire les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour mettre en place des régimes de financement qui fourniront des soins accessibles de façon équitable, tout en minimisant leur coût et en maximisant leur qualité ? Pour répondre à ces trois questions, nous faisons appel à la théorie économique et aux données de recherche sur les effets de tels régimes dans plusieurs pays. Il y a maintenant une vingtaine d'années que le Japon, la Corée du Sud, Singapour, les États-Unis, le Royaume-Uni, ainsi que la plupart des autres pays européens, étudient et expérimentent diverses options. Nous nous référerons principalement aux études examinant la situation des États-Unis, d'où proviennent la plupart des données de recherche.

En première section, nous décrivons brièvement les caractéristiques fondamentales des soins de longue durée. Puis nous analysons, dans les sections suivantes, les possibilités et les limites des trois principales options de financement : l'épargne privée, l'assurance privée et l'assurance publique. Ces options ne sont pas forcément incompatibles, mais leurs effets en termes d'équité et d'efficience varieraient grandement selon leurs modalités et la combinaison de leurs éléments (Wittenberg, Sandhu et Knapp, 2002 ; Glendinning *et al.*, 2004). Enfin, nous formulons en section finale des recommandations adaptées à la situation canadienne.

La définition des soins de longue durée

Les gens qui ont besoin de soins de longue durée dépendent parfois des autres pour accomplir des activités instrumentales de la vie quotidienne comme préparer les repas, faire le ménage, prendre des médicaments ou faire des courses. Ils peuvent aussi avoir besoin d'aide au quotidien pour des activités de base comme manger, s'habiller ou se laver. Certains doivent être aidés pour ces deux types d'activité. À la différence des soins aigus ou de réadaptation, les soins de longue durée sont normalement requis pendant une période indéterminée.

On parle de soins de longue durée formels s'ils sont dispensés par des professionnels ou des travailleurs rémunérés, et informels s'ils le sont gratuitement par un conjoint, des proches ou des amis. Les patients dépendants peuvent recevoir des soins formels en établissement ou dans leur collectivité (à leur domicile ou à celui de leur aidant), mais les soins informels sont surtout dispensés dans la collectivité.

Le terme « soins de longue durée » désigne uniquement des services d'aide en aval, donc l'aide aux activités instrumentales ou aux activités de base de la vie quotidienne. La plupart des services en aval sont fournis par des proches aidants (conjoints ou enfants adultes) ou des prestataires semi-qualifiés. Quant aux services en amont, ils s'appliquent aux soins aigus ou de réadaptation et visent soit à guérir les patients, soit à stabiliser leur état de santé (s'ils sont diabétiques, par exemple). En général, tout patient dépendant a besoin d'un mélange de services en aval et en amont. Or un régime d'assurance de soins de longue durée couvrirait surtout les services en aval, de même que des services professionnels externes (comme les soins infirmiers à domicile) qui ne sont pas déjà fournis en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*.

L'Enquête canadienne sur la population active a dénombré 57 000 travailleurs dispensant des soins formels à domicile en 2001, dont seulement 14 000 étaient qualifiés (par exemple des infirmières, infirmières auxiliaires ou travailleurs sociaux). Hollander (2004) montre qu'en Colombie-Britannique, seulement 10 p. 100 des soins formels à domicile sont des services professionnels. Pour autant, les travailleurs sans qualification formelle doivent aussi maîtriser certaines compétences pour assurer des soins de longue durée, leurs services venant compenser, au quotidien, pour ce que des patients limités physiquement ou autrement ne peuvent faire eux-mêmes. Ces compétences consistent entre autres à fournir des soins personnels aux bénéficiaires tout en créant des liens avec eux.

Entre une autonomie totale et une aide permanente, il n'est pas simple de déterminer qui est autonome et qui dépend des soins des autres, car la dépendance se mesure mieux sur un continuum. De plus, tous ceux qui ont des limitations fonctionnelles n'ont pas nécessairement besoin d'aide. Les gens qui doivent être aidés pour des activités instrumentales de la vie quotidienne sont, le plus souvent, légèrement dépendants, au sens où ils ont besoin de services relativement abordables fournis par des travailleurs peu qualifiés qui viennent les soutenir occasionnellement, par exemple pour faire leurs courses ou le ménage (Gilmour et Park, 2006). Mais s'ils doivent être aidés pour des activités de la vie quotidienne, leur dépendance est souvent forte et ils ont besoin chaque jour de coûteux services infirmiers, fournis par du personnel qualifié. Ces derniers services constituent l'essentiel du fardeau financier des soins de longue durée. Face à une société vieillissante, comment les Canadiens et leurs gouvernements doivent-ils se préparer pour pouvoir financer des soins aussi coûteux ?

Les avantages et inconvénients de l'option d'épargne privée

Chaque citoyen a le choix de deux méthodes pour planifier les coûts liés aux soins de longue durée : épargner ou souscrire une police d'assurance. Suivant la première méthode — l'épargne privée —, les gens commencent à économiser au début de l'âge adulte en prévision d'un risque, par exemple un séjour en établissement pendant cinq ans (Barr, 2009). En l'absence

de régime public et en supposant que ce séjour coûte 60 000 dollars par an, il leur faudrait donc économiser 300 000 dollars pendant leur vie active, soit 7 500 dollars par année pendant 40 ans[5]. Pour un couple marié, le montant à épargner serait le même puisqu'il est peu probable que les deux époux aient besoin de soins de longue durée pendant cinq ans. Chacun devrait donc économiser 150 000 dollars (3 750 dollars par année). Deux principaux instruments pourraient favoriser cette épargne privée : le compte d'épargne pour soins de longue durée et le prêt hypothécaire inversé.

Le compte d'épargne pour soins de longue durée

Les gouvernements pourraient créer des régimes enregistrés d'épargne avec exonérations d'impôt, à condition que l'argent épargné serve à payer des soins de longue durée[6]. Comme pour le Régime enregistré d'épargne-retraite du Canada (REER), ces exonérations pourraient être accordées en début de processus : la portion déposée dans le compte d'épargne pour soins de longue durée ne serait pas imposable, mais les retraits servant à payer ces soins le seraient. Ou, comme pour le Compte d'épargne libre d'impôt (CELI), la portion déposée dans un tel compte serait imposable, mais les revenus générés par le fonds ne le seraient pas. Un compte d'épargne semblable appelé Medisave est en place à Singapour depuis 1984, bien qu'il serve surtout à financer des services de soins aigus (Lim, 1998).

Le prêt hypothécaire inversé

L'autre instrument, le prêt hypothécaire inversé, est appelé « hypothèque rechargeable » au Royaume-Uni et « prêt viager » en France. Ses variantes sont nombreuses, mais selon son principe de base, les gens peuvent vendre leur maison tout en continuant d'y vivre jusqu'à leur placement en établissement ou leur décès. Au lieu de déposer leurs économies dans un compte d'épargne pour des soins de longue durée, ils remboursent leur hypothèque pendant leur vie active et peuvent ensuite revendre leur maison à prix réduit en échange de paiements périodiques versés par l'acheteur, ce qui leur assure un revenu régulier. Le taux de réduction du prix de vente dépend de la durée pendant laquelle le vendeur est susceptible d'occuper la maison. Le montant des paiements périodiques varie en fonction de l'âge et du sexe du vendeur ainsi que de la valeur réelle de la maison.

La Royal Commission on Long Term Care du Royaume-Uni (1999) a fait une simulation du revenu annuel généré dans diverses situations par l'hypothèque rechargeable. Les situations les plus favorables étaient celles des hommes âgés de 79 ans vivant seuls et pouvant générer annuellement 4 p. 100 de la valeur de leur maison, et celles des hommes âgés de 87 ans vivant seuls et pouvant générer annuellement 12 p. 100 de la valeur de leur maison. Si l'on appliquait ce calcul au Canada, en considérant que la valeur médiane d'une maison y est d'environ 200 000 dollars (Statistique Canada, 2006, p. 7), un prêt hypothécaire inversé dégagerait dans le meilleur des cas un revenu annuel de quelque 8 000 dollars pour un homme de 79 ans vivant seul, et de 24 000 dollars pour un homme de 87 ans vivant seul (Royal Commission on Long Term Care, 1999, vol. 2, chap. 9).

En tant qu'instruments d'épargne privée, le compte d'épargne pour soins de longue durée et le prêt hypothécaire inversé nécessitent une intervention publique plutôt faible, mais les gouvernements pourraient tout de même mettre en place des incitations fiscales à l'épargne individuelle et réglementer les produits financiers offerts sur le marché privé. En ce qui concerne le

prêt hypothécaire inversé, un organisme gouvernemental pourrait aussi jouer le rôle d'acheteur neutre au risque, c'est-à-dire payer d'avance le coût des soins avant d'être remboursé (en tout ou en partie) par la vente de la maison après le décès du bénéficiaire (Collins, 2007 ; Hirsh, 2006).

Une évaluation de l'option d'épargne privée

Aucun pays ne fait de l'épargne privée l'unique source de financement des soins de longue durée, pas même les États-Unis ou Singapour, qui s'appuient pourtant fortement sur l'épargne individuelle et la concurrence du marché en matière de soins de santé. Aux États-Unis, un programme fédéral financé au moyen de Medicaid et administré par chacun des États couvre les dépenses dites catastrophiques de soins de longue durée. À Singapour, un régime d'assurance volontaire soutenu par l'État, le programme ElderShield, a été créé en 2003 pour couvrir les coûts d'invalidité chronique chez les aînés, avant d'être étendu en 2008 aux périodes de plus de cinq ans de soins de longue durée et aux frais de plus de 300 dollars par mois[7].

De tels programmes existent parce que l'épargne privée ne peut tout simplement assurer la couverture universelle des soins de longue durée en raison de deux risques substantiels. D'abord, certaines personnes auront besoin de soins de longue durée plus longtemps que ne le permettent leurs économies. Ensuite, même si chaque personne mariée économise 150 000 dollars durant sa vie pour payer cinq années en établissement, la majorité aura trop épargné puisque seul un sous-groupe de la population risque d'être dépendant aussi longtemps. Environ 31 p. 100 des gens ayant eu 65 ans en 2005 n'auront aucun besoin de soins de longue durée avant leur décès (Kemper, Komisar et Alecxih, 2005). D'un point de vue personnel, il est donc peu intéressant de renoncer à 3 750 dollars annuels en biens de consommation (ou en biens immobiliers, en éducation, etc.) simplement pour laisser un plus gros héritage aux siens.

Pour ce qui est du prêt hypothécaire inversé, il est privilégié dans certains pays (dont la France) par les citoyens qui ont généralement un travail à faible revenu mais à forte valeur d'actif, dans le domaine de l'agriculture par exemple l'agriculture. Toutefois, dans aucun pays n'est-il largement utilisé comme instrument public pour financer des soins de longue durée. La Royal Commission on Long Term Care (1999) a d'ailleurs noté qu'au Royaume-Uni, peu d'aînés possèdent une maison de valeur suffisante pour payer les soins formels dont ils auront besoin. Rien n'indique que la situation serait très différente au Canada, où les soins à domicile coûtent en moyenne 15 000 dollars par année (Coyte, 2000).

On voit donc qu'il est à la fois inefficace et insuffisant de miser sur l'épargne privée pour financer les soins de longue durée. Vu le type de risque et l'incertitude propres à la dépendance et à l'éventuelle accessibilité des soins informels, une certaine forme d'assurance est nécessaire[8], étant donné les nombreux avantages qu'elle présente par rapport à l'épargne privée.

Les caractéristiques de l'assurance pour soins de longue durée

Les gens qui choisissent l'assurance pour soins de longue durée cotisent à un fonds de mise en commun des risques (ou une mutuelle). Lorsqu'ils ont besoin de soins, une équipe multidisciplinaire effectue régulièrement une évaluation standardisée de leur état pour déterminer la gamme et la quantité de services à recevoir (lesquels seront financés par la mutuelle). Les

bénéficiaires désirant des services plus nombreux ou de meilleure qualité que ceux assurés par la mutuelle les paient de leur poche. Si le risque de dépendance à vie est de 20 p. 100, par exemple, l'assurance ne devrait coûter en principe que 20 p. 100 de ce qu'il en coûterait avec un compte d'épargne pour soins de longue durée, c'est-à-dire 750 dollars annuels pour une personne mariée au lieu de 3 750 dollars. Mais on sous-estime sans doute cette somme, puisqu'un régime d'assurance nécessiterait un montant supplémentaire pour les frais administratifs (notamment les honoraires de l'équipe d'évaluation).

La mutuelle idéale d'une assurance pour soins de longue durée est formée d'adhérents qui cotisent dès le début de leur vie active et ne réclament aucune prestation pendant des décennies. Ainsi, un cotisant âgé de 30 ans ne devrait réclamer aucune prestation avant une quarantaine d'années, mais le risque que certains aient besoin de le faire est bien réel. La longue période qui sépare le début des cotisations et la demande de prestations est semblable à celle des régimes de retraite et de l'assurance-vie, mais elle diffère de l'assurance pour soins aigus, dont les adhérents peuvent réclamer les prestations à tout âge.

On imagine difficilement qu'en l'absence d'un régime obligatoire, la majorité des jeunes adultes cotiseraient spontanément à une assurance pour soins de longue durée. Il est plus réaliste d'envisager qu'ils y souscriraient tardivement. Meier (1999) montre qu'il en coûte à peu près la même chose à ceux qui cotisent dès l'âge de 30 ans et à ceux qui commencent plus tard, ces derniers payant simplement des primes plus élevées. Puisque les gens peuvent mieux se renseigner au fil du temps sur les soins dont ils auront besoin, explique-t-elle, on peut s'attendre à ce qu'ils intègrent une mutuelle à partir de l'âge de 50 ans, comme le font d'ailleurs la plupart de ceux qui souscrivent une assurance pour soins de longue durée où il en existe. Mais du point de vue des assureurs, une mutuelle ne pourrait fonctionner si la majorité des gens l'intégraient après l'âge de 70 ans, même si les plus âgés payaient des primes proportionnellement plus élevées. Il y aurait en effet une trop petite proportion de « chanceux » (n'ayant pas besoin de soins de longue durée) dont on pourrait transférer les revenus.

La mutualisation des risques liés aux soins de longue durée est intéressante en raison de leur concentration. Car si le coût unitaire des services est élevé, il est peu probable que les cotisants réclament des prestations sur une longue période. Comme l'indique le tableau ci-contre, les gens qui avaient 65 ans en 2005 avaient une chance sur cinq de nécessiter des soins formels pendant plus de cinq ans avant la fin de leur vie[9]. Cela dit, les femmes sont plus exposées à ce risque. Selon Brown et Finkelstein (2008), la probabilité qu'une femme de 65 ans séjourne au moins trois ans en établissement est de 9,7 p. 100, contre seulement 3,4 p. 100 pour un homme[10]. Grâce aux travaux de Kemper, Komisar et Alecxih (2005), nous pouvons estimer la répartition du fardeau financier de ceux qui ont besoin de soins de longue durée[11]. En supposant qu'une année en établissement coûte 65 000 dollars, qu'une année de soins à domicile coûte 15 000 dollars et qu'on a recours aux deux en proportion égale, il en coûterait en moyenne 40 000 dollars annuels par requérant[12]. Les coûts directs se répartiraient alors comme suit : 48 p. 100 des personnes ayant eu 65 ans en 2005 auraient besoin, en moyenne, de six mois de soins (au coût de 20 000 dollars) jusqu'à leur mort ; 32 p. 100, pendant trois ans (au coût de 120 000 dollars) ; et 20 p. 100, pendant plus de cinq ans (à un coût dépassant 200 000 dollars)[13].

Projection des futurs besoins en soins pour une cohorte âgée de 65 ans en 2005, par type et durée des soins[1]			
	0 ou moins de 1 an	1 à 5 ans	Plus de 5 ans
Soins à domicile[2]	85 %	13 %	1 %
Soins en établissement	78 %	14 %	8 %
Combinaison soins à domicile et en établissement	48 %	32 %	20 %

Source : Kemper, Komisar et Alecxih (2005)

[1] Les résultats des hommes et des femmes ont été combinés. L'étude révèle que le risque d'avoir besoin de soins varie selon le sexe. Par exemple, 28 % des femmes contre 11 % des hommes risquent de nécessiter plus de cinq ans de soins de longue durée.

[2] Les chiffres ayant été arrondis, le total est inférieur à 100 %.

En matière d'assurance, l'intervention publique peut prendre plusieurs formes. Les gouvernements peuvent exonérer d'impôt les primes, pour attirer la classe moyenne, ou accorder des subventions liées au revenu (bons d'échange), pour rendre les primes plus accessibles aux citoyens à faible revenu. Ils peuvent en outre rendre obligatoire l'adhésion à un régime. Mais surtout, ils peuvent choisir de s'en remettre au marché de l'assurance privée ou de créer un régime public.

Une assurance privée ?

Selon les données de l'OCDE, l'assurance privée pour soins de longue durée est peu répandue dans les pays riches (OCDE, 2010)[14]. Moins de 1 p. 100 des Canadiens détiennent une police privée d'assurance (Baker, 2009). Même aux États-Unis, où la culture de l'assurance privée et la mise en concurrence des soins de santé sont bien ancrées, l'assurance privée pour soins de longue durée tarde à s'imposer. Au début des années 2000, seulement 10 p. 100 des Américains avaient souscrit une telle police, et l'assurance privée comptait pour seulement 2 à 4 p. 100 des coûts des soins de longue durée (États-Unis, 2004 ; Tumlinson, Aguiar et O'Malley Watts, 2009). Si l'assurance est préférable à l'épargne privée pour financer les soins de longue durée, pourquoi l'assurance privée n'est-elle pas plus populaire ? La littérature économique parle à ce propos du « casse-tête de l'assurance pour soins de longue durée » et avance trois types d'explications : le comportement, l'abordabilité et les défaillances du marché. Il n'est pas anodin d'établir laquelle de ces explications est la plus significative, puisque cela contribuera à définir la meilleure orientation stratégique.

Les explications fondées sur le comportement

Le manque d'information

Le manque d'information est l'une des explications du faible recours à l'assurance privée. Mal renseignés, les gens croient souvent que les soins de longue durée sont couverts par des fonds publics. Selon des enquêtes menées en Angleterre (Parker et Clarke, 1998 ; Deeming et Keen, 2003) et dans les pays de l'Union européenne (Walker, 1993, 1996), les citoyens croient que les soins de longue durée sont de responsabilité publique et qu'en tant que contribuables, ils paient ou ont déjà payé leur couverture. Aux États-Unis, où le programme Medicare couvre les soins de santé des aînés, les gens ne savent pas nécessairement qu'il ne s'applique pas aux soins de longue durée, indiquent Brown, Coe et Finkelstein (2006). Leur impression d'être couverts alors qu'ils ne le sont pas est sans doute renforcée par le fait qu'un autre programme, Medicaid, couvre effectivement les dépenses catastrophiques pour soins de longue durée[15]. Or, rien n'indique que les Canadiens soient mieux renseignés. La *Loi canadienne sur la santé* ne couvre pas les soins de longue durée, mais comme les provinces et territoires paient certains coûts

des établissements de soins de longue durée et financent certains services à domicile, de nombreuses personnes peuvent croire erronément que leurs soins de longue durée sont entièrement couverts par des programmes publics.

Si le manque ou les erreurs d'information sont la principale cause du faible recours à l'assurance privée pour soins de longue durée, les gouvernements devraient s'efforcer de mieux renseigner la population pour l'aider à prendre des décisions éclairées. De leur côté, les compagnies d'assurance privée pourraient lancer des campagnes pour convaincre les consommateurs de l'intérêt de leurs produits.

L'illusion de faible probabilité

Une autre explication fondée sur le comportement réside dans « l'illusion de faible probabilité ». Les gens tendent ainsi à exagérer l'importance des événements hautement probables mais à faible enjeu, tout en négligeant les événements peu probables mais à fort enjeu. Par exemple, ils souscriront volontiers une assurance couvrant leurs consultations médicales mais seront moins enclins à le faire pour couvrir la destruction complète de leurs biens en cas de séisme. Cette explication ne s'applique toutefois pas aux soins de longue durée. On a vu que 20 p. 100 des personnes de 65 ans nécessiteront de tels soins pendant plus de cinq ans avant la fin de leur vie et que 32 p. 100 en auront besoin pendant un à cinq ans. Si les risques plus élevés sont concentrés, ils n'ont rien de négligeables pour autant, et on peut penser qu'ils inciteraient plus de gens à souscrire une assurance pour soins de longue durée.

Le déni du risque

La troisième explication fondée sur le comportement, le « déni du risque », concerne les gens qui ont conscience de la probabilité d'avoir un jour besoin de soins de longue durée, du risque financier qui en découle et de l'intérêt de souscrire une assurance. Mais ils croient qu'ils n'auront pas besoin de recourir personnellement à de tels soins. Pourtant, qu'est-ce qui empêche quelqu'un ayant une assurance pour soins aigus d'en souscrire une pour soins de longue durée ? Pourquoi accepter le risque dans un cas et le nier dans l'autre ? Tout simplement parce qu'on nie plus facilement un risque de santé qui se concrétisera dans 20 ou 30 ans qu'un risque qui peut se matérialiser à tout âge, par exemple un accident vasculaire cérébral. Plus que le déni du risque proprement dit, c'est donc la nature à long terme de l'assurance privée pour soins de longue durée qui explique surtout sa faible popularité.

Les explications fondées sur l'abordabilité

Dans la littérature spécialisée, le coût trop élevé de l'assurance pour soins de longue durée sert parfois à expliquer sa faible popularité[16]. On peut ainsi renoncer à une assurance simplement par manque d'argent après avoir comblé des besoins plus urgents comme manger, se loger et se vêtir. Techniquement, l'assurance est jugée inabordable si son coût, ajouté à celui du panier standard de biens et de services, dépasse le revenu d'un individu[17] (Bundorf et Pauly, 2006 ; Kim, 2009). On se réfère souvent au seuil de pauvreté national : si l'on reste au-dessus du seuil après avoir soustrait de son revenu le prix d'une police d'assurance de base pour soins de longue durée, celle-ci est jugée abordable (Kim, 2009). Kim estime ainsi que 75 p. 100 des Américains pourraient s'offrir une police d'assurance de base pour soins de longue durée (couvrant trois ans en établissement avec une période d'attente de 90 jours, moyennant un maximum de 100 dollars

par jour), et que 60 p. 100 pourraient même s'offrir une police plus généreuse (couverture illimitée en établissement ou en soins à domicile, période d'attente de 90 jours et prix maximum de 150 dollars par jour).

Tout indique donc que le coût de l'assurance n'est pas la première raison de son impopularité. On voit aussi que pour en favoriser l'accès à tous les Américains, les gouvernements auraient à subventionner les primes d'une couverture de base pour le quart de la population. Et encore, les gens ne seraient pas entièrement couverts et n'auraient plus aucune protection au bout de trois ans. Pour une protection complète, soit pour une durée illimitée et des sommes quotidiennes maximales plus fidèles au coût réel des soins, ce serait 40 p. 100 des Américains que les gouvernements auraient à subventionner.

Les calculs fondés sur cette définition de l'abordabilité dépendent fortement du coût de l'assurance et du niveau de couverture standard. Les primes varient beaucoup selon l'âge de l'adhérent, soit entre 1 512 dollars annuels à 40 ans et 4 515 dollars à 75 ans pour une couverture de trois ans avec un maximum de 150 dollars par jour, une période d'attente de 90 jours et une protection composée contre l'inflation de 5 p. 100 (Tumlinson, Aguiar et O'Malley Watts, 2009). Ainsi, une couverture de base sera plus abordable si l'on y souscrit à 40 plutôt qu'à 75 ans.

Suivant une autre définition de l'abordabilité, la valeur de la prime d'assurance doit être inférieure à un pourcentage du revenu total de l'adhérent (disons 5 à 10 p. 100). Ceux qui devraient débourser davantage sacrifieraient certains de leurs besoins fondamentaux, renonçant à un panier de consommation socialement acceptable et à des loisirs jugés socialement nécessaires. Cette définition repose sur un seuil plus élevé et une moindre abordabilité que la précédente. Ainsi, dans leur étude de 1994, Wiener, Hixon Illston et Hanley estiment que l'assurance pour soins de longue durée est inabordable pour les gens qui doivent y consacrer plus de 5 p. 100 de leurs revenus. Selon cette hypothèse plutôt extrême, 70 p. 100 des Américains ne pourraient souscrire une assurance privée de soins de longue durée.

Comme on le voit, ces deux définitions de l'abordabilité donnent lieu à des résultats très différents, l'assurance étant trop chère pour 25 p. 100 (Kim, 2009) ou 70 p. 100 des gens (Wiener, Hixon Illston et Hanley, 1994). Leur incidence politique est tout aussi différente. Car si le coût de l'assurance ne pose problème qu'au quart de la population, l'intervention publique la plus évidente réside dans une redistribution visant à augmenter les primes des nantis pour subventionner les plus pauvres. Mais si 70 p. 100 des gens ne peuvent s'offrir d'assurance privée, les subventions deviennent impossibles et la seule intervention pratique consiste à réduire le coût moyen de l'assurance pour soins de longue durée. Même la définition très stricte de l'abordabilité de Wiener, Hixon Illston et Hanley (1994)[18] ne peut expliquer pourquoi seulement 10 p. 100 des Américains souscrivent une assurance pour soins de longue durée alors que 30 p. 100 d'entre eux en ont les moyens. Il faut chercher ailleurs des explications satisfaisantes. Comparant les souscripteurs et les non-souscripteurs d'assurance, Cohen, Kumar et Wallack (1993) ont d'ailleurs confirmé que tous avaient exactement la même combinaison de revenus et de liquidités.

Les explications fondées sur les défaillances du marché

Une explication plus convaincante de l'impopularité de l'assurance privée pour soins de longue durée réside dans son prix élevé par rapport à la valeur qu'on peut en retirer. Le problème n'est donc pas son abordabilité mais son coût excessif : les gens qui peuvent se l'offrir y renoncent tout simplement parce que l'avantage qui leur est proposé est insuffisant.

L'assurance privée coûte cher parce que les assureurs doivent couvrir non seulement la perte prévue d'une assurance mais aussi un éventail de facteurs de risque propres à toute mutuelle d'assurance pour soins de longue durée. Effectivement, les assureurs factureraient une prime « actuariellement équitable » si cette dernière correspondait simplement à la perte prévue (si la perte prévue est de 100 dollars, la prime équitable est du même montant). Mais pour couvrir aussi les frais associés aux défaillances du marché de l'assurance pour soins de longue durée (décrites ci-dessous), ils doivent charger un montant plus élevé que cette prime équitable. Par exemple, pour couvrir une perte prévue de 100 dollars, les assureurs devraient facturer 120 dollars, les 20 dollars supplémentaires représentant des « frais de souscription ». Les gens consentent à payer ces frais de souscription jusqu'à un certain maximum (appelé « prime de risque ») parce qu'ils apprécient la réduction de l'incertitude offerte par une police d'assurance. Mais celle-ci devient trop chère lorsque les frais de souscription dépassent la prime de risque.

Le risque moral

On parle de risque moral quand les gens qui ont souscrit une assurance pour se protéger d'un certain risque se comportent différemment que s'ils n'avaient aucune assurance, en utilisant par exemple plus de services qu'ils en ont besoin. Pour compenser les frais supplémentaires occasionnés par ce nouveau comportement des assurés, les assureurs augmentent leurs primes de telle façon qu'elles peuvent alors dépasser ce que certains consentent à débourser.

Si de tels cas ont été documentés en matière d'assurance pour soins aigus, le risque moral s'applique mal à l'assurance pour soins de longue durée, et ce, pour deux raisons. Premièrement, dans le cas des soins aigus, c'est le médecin qui évalue les besoins du patient et qui dispense un traitement en conséquence. En tant que professionnels de la santé, les médecins ont pour premier souci de fournir des soins de qualité et non des soins rentables, ce qui les amène parfois à surestimer les besoins de leurs patients. Mais dans le cas des soins de longue durée, l'équipe d'évaluation déléguée par l'assureur ne participe pas directement à la prestation des soins et n'a aucun intérêt à aggraver le diagnostic ou à gonfler les prestations des assurés.

Deuxièmement, les personnes dépendantes préfèrent les soins informels aux soins formels, de même que les soins à domicile aux soins en établissement. Elles ne perçoivent pas les services plus coûteux comme étant de meilleure qualité mais comme un dernier recours. Le fait d'être assurées ne les incite donc pas à recourir aux soins les plus chers. Par ailleurs, on peut concevoir que leurs enfants et leurs proches refusent d'en prendre soin si elles sont assurées, puisqu'il existe cette alternative qui leur épargnera temps et efforts (Pauly, 1990). Mais cela ne semble pas être le cas. Grabowski et Gruber (2007) montrent en effet que les Américains ne consomment pas davantage de soins de longue durée s'il leur en coûte moins cher de leur poche, et que la

demande pour les soins en établissement est insensible aux coûts. Pezzin, Kemper et Reschovsky (1996) révèlent en outre que les aînés qui peuvent profiter de bons programmes publics de soins à domicile sont plus susceptibles de rester à la maison que de vivre chez leurs enfants ou en établissement. Le cas échéant, les aînés dépendants utilisent ainsi les ressources disponibles et font le choix le plus abordable, qui est celui de vivre chez eux. Globalement, les données de recherche indiquent donc que le risque moral ne pose pas de problème majeur du côté de l'assurance privée pour soins de longue durée.

L'antisélection

L'antisélection désigne une sélection qui produit un résultat contraire au but recherché. Pour décrire sommairement en quoi elle consiste, supposons qu'un groupe de la population risque tout particulièrement de vivre une situation donnée (par exemple, un état de dépendance). Les gens savent plus ou moins qu'ils appartiennent à un certain groupe (celui des assurables présentant un risque élevé, par exemple), contrairement aux assureurs, qui ne sont pas en mesure de déterminer les niveaux de risque individuels et de fixer leurs primes en conséquence. Ils peuvent uniquement fixer leurs primes selon le risque moyen que présentent les souscripteurs, de sorte que ceux n'ayant qu'un faible risque doivent payer davantage que leur propre prime actuarielle. Certains de ces assurés présentant un faible risque jugeront alors leur assurance trop chère et quitteront la mutuelle. À leur départ, le niveau de risque moyen augmente, et les primes des assurés restants doivent aussi être augmentées. Comme les assurés ayant un faible risque sont proportionnellement plus nombreux à se retirer, le niveau de risque moyen est plus élevé dans la mutuelle que dans l'ensemble de la population, et le coût de l'assurance est en moyenne plus élevé que si les assureurs pouvaient fixer les primes en fonction du risque individuel.

Les assureurs pourraient contrer cette antisélection en faisant remplir des questionnaires médicaux, en filtrant les souscripteurs ou en offrant d'autres régimes aux assurés présentant un faible risque, mais ces mesures feraient augmenter leurs frais administratifs.

En ce qui concerne l'assurance pour soins de longue durée, les gens disposent parfois d'informations sur leur éventuelle dépendance (par exemple sur leur comportement en matière de santé, les maladies à composante génétique de leurs parents ou proches) que ne possèdent pas les assureurs. Et ceux-ci peuvent rarement les amener à révéler ces informations. En somme, les assurés connaissent mieux que les assureurs les risques qui les concernent, et ils fondent leur décision de souscrire une police sur ces informations privilégiées. Oster *et al.* (2009) ont ainsi étudié une population susceptible de contracter la maladie de Huntington, qui apparaît entre 30 et 50 ans et se caractérise par un processus dégénératif se poursuivant pendant une vingtaine d'années. Cette maladie constitue donc un risque élevé pour les assureurs. Les auteurs montrent que si, dans l'ensemble de la population, seulement 10 p. 100 des plus de 50 ans souscrivent une assurance pour soins de longue durée, cette proportion atteint 25 p. 100 chez le groupe de personnes dont un membre de la famille a souffert de la maladie de Huntington et qui ont ainsi une chance sur deux d'être porteurs du gène[19]. Autrement dit, les probabilités d'antisélection sont fortes en matière d'assurance pour soins de longue durée.

La sélection positive

Deux études récentes paraissent contredire cette thèse de l'antisélection, car elles ont montré l'absence de corrélation entre l'achat d'une police et la conscience individuelle du risque de devenir dépendant (Finkelstein et McGarry, 2006 ; Cutler, Finkelstein et McGarry, 2008). Or elles expliquent cette situation non pas en niant qu'il y ait antisélection mais en avançant que celle-ci est compensée par la sélection positive. En effet, les gens des deux sexes qui sont réfractaires au risque tendent non seulement à souscrire plus souvent une assurance pour soins de longue durée mais aussi à prendre meilleur soin de leur santé. Les femmes de ce groupe seraient ainsi plus nombreuses à se soumettre à des tests Pap et des mammographies, et les hommes à faire examiner leur prostate. Chez les deux sexes, on serait également plus susceptible de se faire vacciner contre la grippe et de contrôler son taux de cholestérol (Finkelstein et McGarry, 2006), comme de s'abstenir de fumer et de boire de l'alcool (Cutler, Finkelstein et McGarry, 2008). C'est ainsi que même s'ils représentent à 65 ans un risque de dépendance supérieur à la moyenne et qu'ils sont plus susceptibles de souscrire une assurance (comme le veut l'antisélection), les gens réfractaires au risque seraient aussi plus nombreux à surveiller leur santé et à présenter plus tard un moindre risque. Ce qui explique comment la sélection positive vient compenser l'antisélection.

En résumé, d'autres causes que l'antisélection peuvent expliquer la faible popularité de l'assurance pour soins de longue durée aux États-Unis puisqu'elle est partiellement compensée par la sélection positive. Selon Oster *et al.* (2009), les progrès à venir des tests génétiques révéleront toutefois davantage d'informations d'ordre privé, ce qui devrait renforcer l'antisélection. Celle-ci pourrait alors se renforcer au point de ne plus être compensée par la sélection propice.

La déchéance des polices d'assurance et le reclassement des risques

L'assurance pour soins de longue durée nécessite un engagement financier à long terme. À quelques exceptions près, on souscrit une police longtemps avant d'en réclamer les prestations, et bon nombre de polices sont abandonnées avant toute réclamation. On parle de déchéance d'une police lorsque celle-ci a été résiliée à la suite du non-paiement des primes. Trois sources ont documenté ce phénomène aux États-Unis, seul marché d'assurance pour soins de longue durée d'où l'on peut tirer des observations utiles. La Society of Actuaries (2002) a d'abord établi que 12 p. 100 des polices sont abandonnées dès leur première année, le taux de déchéance des années subséquentes variant de 6 à 8 p. 100. Seuls deux tiers des polices sont conservés plus de cinq ans et la moitié plus de dix ans. Utilisant une question de l'Enquête sur la santé et les retraites, Finkelstein, McGarry et Sufi (2005) montrent que 987 des 3 649 répondants (27 p. 100) ayant une assurance pour soins de longue durée avaient abandonné leur police à l'intérieur de cinq ans. S'appuyant sur la même enquête, McNamara et Lee (2004) révèlent que beaucoup de ceux qui avaient une police en 1996 en possédaient toujours une deux ans plus tard (pas nécessairement la même) : 442 assurés sur 700 étaient encore couverts en 1998, soit un taux de déchéance de 37 p. 100 sur deux ans. Bien qu'on ne comprenne pas l'ensemble du phénomène, il est clairement établi que le fait de conserver une assurance pour soins de longue durée au-delà de cinq ans représente un défi financier pour environ un tiers des souscripteurs, et que le taux de déchéance ne diminue pas après cinq ans.

Les déchéances sont une perte nette pour les gens : les primes payées ne sont jamais remboursées, et la police n'a aucune valeur de rachat. Mais pourquoi tant de gens souscrivent-ils une

assurance pour ensuite y renoncer ? Selon Finkelstein, McGarry et Sufi (2005), ceux qui annulent leur police sont moins susceptibles de se retrouver un jour en établissement, ce qui laisse supposer que certains souscrivent une assurance lorsqu'ils sont relativement jeunes, craignant de devenir dépendants à un âge avancé. Ils conservent leur police pendant un certain temps mais l'abandonnent lorsqu'ils constatent en vieillissant que le risque qu'eux-mêmes deviennent dépendants est finalement plutôt faible.

Pour ceux qui restent dans la mutuelle, la principale conséquence de l'abandon des polices par les personnes qui s'estiment à faible risque réside dans ce qu'on appelle le « risque de reclassement ». En raison des nombreuses déchéances de polices, les assureurs ne peuvent offrir à leurs assurés de protection contre ce risque de reclassement (et d'augmentation des primes). En règle générale, les contrats ne garantissent pas que les primes resteront inchangées s'il y a modification de l'état de santé (ou risque de dépendance) de l'assuré, si bien que la probabilité est forte d'être reclassé à un âge avancé dans la catégorie des gens présentant un risque élevé. Selon Finkelstein, McGarry et Sufi (2005), le tiers des personnes de 75 ans et plus présente un risque trop élevé pour souscrire une assurance de soins de longue durée.

Or le risque de reclassement contredit l'objectif même de l'assurance, qui est de réduire l'incertitude. Les gens qui présentent avec l'âge un risque plus élevé devront payer de lourdes primes, même s'ils sont déjà assurés. Souscrire une police à 65 ans n'est donc guère utile si l'on n'est pas assuré contre la probabilité de présenter un risque accru avec les années. Le reclassement est une lacune caractéristique du marché privé de l'assurance pour soins de longue durée, même si la recherche économique n'indique pas s'il incite effectivement les assurés à abandonner leur police.

Le risque systémique

Le coût d'une unité (une heure) de soins formels devrait régulièrement augmenter au cours des prochaines années. Cette hausse constitue donc ce qu'on appelle « un risque systémique » en matière d'assurance pour soins de longue durée, notamment en raison du délai entre la perception des primes et le versement des prestations. Comme on le précise en annexe, les soins de longue durée nécessitent une main-d'œuvre abondante dont le coût dans les pays riches tend à augmenter plus vite que le produit intérieur brut (PIB), ce qui ajoute à la pression sur leur coût. Ces soins dépendant aussi des technologies, leur coût futur repose donc sur les progrès technologiques. Mais si certaines innovations permettent de remplacer du personnel, la plupart jouent un rôle complémentaire en rendant possible l'exécution de tâches nouvelles ou différentes. Ainsi les innovations viendront parfois multiplier les équipements, les appareils électroniques et les coûts liés à chaque patient dépendant. De surcroît, elles nécessitent souvent un personnel mieux qualifié et plus spécialisé. Résultat : les avancées technologiques améliorent la qualité et l'efficience des soins de longue durée, mais elles font aussi augmenter leur coût moyen pour les patients dépendants.

En situation normale (celle de l'assurance-maladie par exemple), la totalité des sommes que la mutuelle devra verser est relativement prévisible, car seuls certains assurés y auront recours au cours d'une même année. La loi des grands nombres et des variations transversales d'une mutuelle, lorsque celle-ci a atteint une taille suffisante, permettent à l'assureur de répartir les effets aléatoires

des risques connus. Mais en matière d'assurance pour soins de longue durée, l'assureur s'expose à un risque systémique supplémentaire, car les sommes totales qui seront versées aux requérants dépendront du coût encore inconnu des soins à fournir à une cohorte donnée dans les années à venir[20]. L'assureur n'est donc plus en mesure de répartir les effets aléatoires d'un risque connu.

L'une des solutions consiste à mutualiser plusieurs cohortes. En étendant la variance des risques, l'assureur pourrait diversifier les risques en les mutualisant pour qu'ils se financent les uns les autres. Les risques qu'il court diminueraient ainsi en proportion directe du nombre de cohortes mutualisées. Malheureusement, cette solution ne fonctionne que si les risques sont indépendants dans toutes les cohortes : si certaines coûtent plus cher que d'autres, leur mutualisation réduit la variance globale. Mais si toutes les futures cohortes tendaient à coûter davantage par personne dépendante que la cohorte existante, leur mutualisation ne résoudrait pas le problème de variance dans le temps. Selon l'étude de Cutler (1996), fondée sur la moyenne des remboursements quotidiens versés aux États-Unis par Medicare[21] et différents indices de prix des soins médicaux, on observe d'année en année une hausse soutenue du coût moyen des soins formels. Par conséquent, les assureurs sont incapables de réduire les risques en mutualisant plusieurs cohortes et en inscrivant dans une même mutuelle des assurés de différents âges[22].

Pour minimiser le risque systémique de l'assurance pour soins de longue durée, les assureurs peuvent restreindre les prestations ou exiger des primes élevées. Dans le premier cas, ils peuvent remplacer la couverture standard des traitements — sur le modèle de l'assurance-maladie, par exemple — par des indemnités forfaitaires en espèces du même montant, peu importe le coût réel des soins. Concrètement, l'assuré devenu dépendant reçoit un montant forfaitaire au lieu d'être couvert pour les soins qu'il utilise. C'est donc l'assuré — et non plus l'assureur — qui assume le risque systémique d'une hausse du coût des soins de longue durée. Les indemnités en espèces peuvent être basées sur des coûts qui semblent raisonnables au moment où l'assurance est souscrite, mais avec l'escalade des dépenses de santé, ces indemnités peuvent se révéler nettement inférieures à ce que coûtent les dépenses de santé lorsque l'assuré fera une réclamation.

Dans le second cas, l'assureur peut imposer des frais de souscription supérieurs aux pertes prévues. Cutler (1996) estime que ces frais représentent environ la moitié de la prime actuarielle des polices d'assurance pour soins de longue durée[23], plutôt que les 25 à 30 p. 100 des polices pour soins aigus et d'assurance-maladie. Mais de nouveau, les éventuels souscripteurs pourraient éviter cette assurance en raison de ses primes trop élevées.

En résumé, le risque systémique inhérent au marché de l'assurance pour soins de longue durée constitue l'explication la plus plausible et la plus satisfaisante. Si le taux de souscription est faible, c'est surtout parce que les assureurs ne couvrent pas la totalité du risque financier des soins ou qu'ils le font uniquement à un prix si élevé que l'assurance devient inabordable.

L'effet d'éviction

Une autre explication met en cause la thèse du risque systémique. Elle repose sur la triple observation que tous les contrats ne sont pas inabordables, que les assureurs offrent parfois de généreuses couvertures et que les souscripteurs choisissent surtout des polices très restrictives

(Brown et Finkelstein, 2007)[24]. Le risque systémique n'explique pas prioritairement pourquoi la grande majorité des Américains ne souscrit pas d'assurance privée pour soins de longue durée ni pourquoi la minorité qui le fait se contente de faibles couvertures. Cette situation résulte plutôt de « l'éviction » de l'assurance privée par l'existence d'une couverture publique des dépenses catastrophiques. Selon ce raisonnement, l'existence d'un régime public lié au revenu amène les gens à supposer qu'un bon Samaritain (le gouvernement) leur viendra en aide s'ils ont besoin de soins formels et qu'ils n'ont ainsi guère de raison de souscrire une assurance privée. Aux États-Unis, les fonds publics financent près des deux tiers des dépenses pour soins de longue durée. Et si Medicaid est le principal mécanisme de prestation de soins, Medicare joue aussi un rôle secondaire de couverture publique. Le programme Medicaid repose sur deux caractéristiques institutionnelles : 1) il paie les soins de longue durée seulement lorsque ses bénéficiaires ont épuisé leurs actifs ; 2) il complète les prestations reçues d'autres sources lorsqu'elles ne suffisent pas à couvrir les frais engagés par les bénéficiaires.

Voici un scénario illustrant le fonctionnement de Medicaid. Un bénéficiaire — appelons-le Paul — reçoit de son assureur privé une indemnité annuelle de 35 000 dollars qui l'aide à payer son séjour de 50 000 dollars en établissement. Les actifs de Paul totalisent 26 000 dollars, soit bien plus que le seuil de 2 000 dollars de Medicaid[25]. La première année, Paul devra donc débourser 15 000 dollars de sa poche pour payer son hébergement en plus de ce qu'il touche de l'assurance. Medicaid n'aura rien à débourser et ne commencera ses versements que l'année suivante, mais seulement après que Paul aura dépensé les 9 000 dollars restants de ses actifs (au-dessus du seuil de 2 000 dollars). S'il n'avait pas souscrit une assurance privée, il lui aurait fallu épuiser tous ses actifs supérieurs à 2 000 dollars dès la première année, et Medicaid aurait payé les 26 000 dollars restants (soit la différence entre les 50 000 dollars annuels de l'hébergement et les 24 000 dollars déboursés par lui) pour cette année-là. De même pour les assurés qui n'ont aucun actif mais un revenu annuel de 25 000 dollars, les prestations jumelées à leur revenu couvriront sans problème tout leur séjour en établissement, et Medicaid n'aura rien à débourser. Medicaid « impose » effectivement les prestations de l'assurance privée au taux de 100 p. 100.

Brown et Finkelstein (2008) ont créé le modèle d'une personne rationnelle de 65 ans qui fait des choix d'épargne et de consommation pour les années qu'il lui reste à vivre, en prenant en compte qu'un régime d'assurance public contre les risques catastrophiques paiera tous ses soins de longue durée nécessaires si ses revenus sont inférieurs à un certain niveau. Ils montrent que l'existence d'un tel régime public crée pour cette personne un coût d'opportunité significatif. Si elle n'est pas protégée par un régime privé, elle devra simplement épuiser ses actifs avant d'être couverte gratuitement par Medicaid. Mais si elle possède une assurance privée, elle devra renoncer à la couverture gratuite. Ce qui peut suffire à convaincre bien des gens de ne pas souscrire une assurance privée, selon un phénomène appelé « effet d'éviction ».

De fait, ce coût d'opportunité fait augmenter le prix de l'assurance privée. Jumelé à d'autres défaillances du marché (risque systémique et déchéance des polices), l'effet d'éviction explique clairement pourquoi seulement 10 p. 100 des Américains sont disposés à souscrire une assurance privée. Ce comportement certes rationnel n'en est pas moins nuisible au bien-être des

gens. En l'absence d'un bon Samaritain, les Américains seraient en effet plus nombreux à souscrire une assurance privée et s'en porteraient mieux puisqu'ils pourraient conserver leurs actifs, ce qu'ils ne peuvent faire en vertu de Medicaid.

L'effet des défaillances du marché

Brown et Finkelstein (2008) simulent une situation où, les problèmes des frais de souscription dus au risque systémique et aux assureurs réfractaires au risque étant réglés, il ne reste plus qu'à résoudre celui du régime du bon Samaritain. Leur modèle montre qu'en pareil cas, la demande d'assurance pour soins de longue durée augmenterait de près de 40 p. 100. Selon une autre simulation où n'existent plus de défaillances du marché ni de régime du bon Samaritain, la part de marché de l'assurance privée bondirait à 100 p. 100. Autrement dit, lorsque aucun régime public de dernier recours ne vient couvrir les dépenses catastrophiques, tous les gens sont prêts à souscrire une assurance[26]. Il devient alors évident que l'effet d'éviction causé par l'existence d'un régime du bon Samaritain explique en grande partie le faible taux de souscription de l'assurance privée pour soins de longue durée aux États-Unis.

Brown, Coe et Finkelstein (2006) utilisent la variante des seuils des actifs pour couples de Medicaid, seuils qui s'échelonnaient, en 2000, de 16 824 dollars à 84 120 dollars dans l'ensemble des États américains, pour montrer qu'une baisse de 10 000 dollars du seuil ferait augmenter de seulement 1,1 point de pourcentage (de 10,3 à 11,4 p. 100) la proportion des couples achetant une assurance pour soins de longue durée. Et si tous les États appliquaient le seuil le plus bas de 16 824 dollars, cette proportion n'augmenterait qu'à 13 p. 100. De toute évidence, même une forte baisse des seuils ne produirait que de modestes résultats.

Résumons les principales explications du faible taux de souscription de l'assurance privée pour soins de longue durée. Nous avons vu qu'une des caractéristiques clés de cette assurance réside dans le délai entre la perception des primes et les paiements. Ce délai engendre un risque systémique que les assureurs privés ne peuvent répartir entre les cohortes, risque qu'ils compensent en restreignant la couverture et en facturant des frais de souscription élevés, d'où le prix excessif et la faible popularité de l'assurance privée. La recherche montre aussi que même lorsque l'assurance privée leur est plus avantageuse, les gens ne la souscrivent pas en grande partie parce qu'elle est assujettie au taux d'imposition implicite très élevé induit par la couverture publique des dépenses catastrophiques pour soins de longue durée. Il faut en conclure que des programmes de dernier recours ne peuvent coexister avec un marché de l'assurance privée. Il ne reste donc que deux options d'assurance pour soins de longue durée : un marché de l'assurance privée réglementé sans programmes publics de dernier recours (c'est-à-dire sans régime du bon Samaritain) et l'assurance sociale.

La première option nécessiterait que les gouvernements corrigent les nombreuses défaillances du marché que nous avons décrites. Il leur faudrait imposer une couverture obligatoire de manière à ce que toutes les personnes cotisent à une mutuelle dès leur jeune âge et jusqu'à la fin de leur vie. Ils devront également subventionner ceux qui ne peuvent s'offrir cette couverture pour assurer une protection à tous. Cela pourrait se faire en partie en réorientant les budgets actuellement affectés aux programmes publics de soins de longue durée. Mais vu le grand nombre

de personnes à subventionner, il faudrait aussi créer de nouveaux impôts ou trouver d'autres sources de revenu. Comme les assureurs chercheraient sans doute à exclure les personnes dont l'état de santé présente des risques élevés, ils devraient être obligés à accepter tous ceux qui désirent souscrire une assurance. Enfin, une loi pourrait interdire de fixer les primes selon des critères de présélection et de recours à des soins aigus, et contraindre les assureurs privés de déterminer leurs primes suivant un ensemble limité de caractéristiques observables tels l'âge, le sexe et le lieu d'habitation. Cependant, il faut noter qu'un marché privé réglementé par les gouvernements pour corriger ses défaillances restreindrait aussi la capacité des assureurs d'entrer en concurrence pour offrir à meilleur coût des services de meilleure qualité.

Cette option exigerait en outre des gouvernements qu'ils suppriment les programmes publics de soins de longue durée. Appliquée au Canada, cette mesure entraînerait l'abolition des trois volets assurant les soins de longue durée : le financement et les services selon les besoins, fournis par les gouvernements pour les soins en établissement et à domicile ; le financement public des services offerts par les organismes bénévoles et du secteur tertiaire (popote roulante, aide à domicile, etc.) ; et les soins hospitaliers, qui sont au Canada le programme de dernier recours pour les citoyens nécessitant des soins. Il va sans dire que cette voie serait considérée par la plupart des Canadiens comme un tournant radical par rapport à la situation actuelle. Étant donné les ajustements extrêmes à effectuer et la maigre rentabilité d'un marché de l'assurance privée, on privilégiera donc la seconde option, soit l'assurance sociale.

Par définition, l'assurance sociale corrige les principales défaillances du marché liées à l'assurance privée pour soins de longue durée, soit le risque de reclassement, le risque systémique et l'effet d'éviction. Un régime d'assurance public et universel éliminerait le risque de reclassement et créerait une mutuelle suffisamment vaste pour répartir le risque systémique entre les assurés. Un tel régime aurait aussi des frais de souscription et de transaction moins élevés, si bien qu'il coûterait moins cher à ses adhérents qu'une assurance privée.

La conception d'un régime d'assurance public pour soins de longue durée

La mise en place d'un régime d'assurance public pour soins de longue durée au Canada soulèverait cinq questions fondamentales : 1) Faut-il le financer au moyen des recettes générales ou par des cotisations spécifiques versées dans un fonds réservé ? 2) Son enveloppe budgétaire serait-elle ouverte ou fixe ? 3) Comment et sur quelle base (revenu, consommation, prime à taux unique, ajusté au risque ou non) percevoir les recettes ? 4) La couverture serait-elle complète ou partielle ? 5) S'agira-t-il d'un régime par répartition ou par capitalisation ? Les études économiques ne donnent pas toutes les réponses propres à l'assurance pour soins de longue durée, mais les traités classiques sur l'impôt et l'assurance publique sont utiles et applicables.

Un financement par des recettes générales ou un fonds réservé ?

On peut financer un régime d'assurance public au moyen des recettes générales (comme c'est le cas du Programme de sécurité de la vieillesse) ou d'un fonds réservé (comme pour le Régime de pensions du Canada et le Régime de rentes du Québec). La seconde option suppose que les gouvernements recueillent des cotisations spécifiques qu'ils versent dans un fonds dédié, en

dépensant les sommes accumulées uniquement aux fins précisées dans le régime. Des économistes de l'approche dominante ont soutenu que les contribuables réagissent mieux aux cotisations spécifiques (Musgrave, 1959 ; Buchanan, 1963 ; Goetz, 1968 ; Browning, 1975) parce qu'ils sont certains qu'elles servent à la couverture publique d'un risque donné et non à des fins éventuellement discutables (soutien aux assistés sociaux, financement des guerres, etc.). Selon ce point de vue, les impôts ou prélèvements spécifiques sont mieux protégés contre les changements politiques et ont moins d'effet sur les incitations au travail que les hausses d'impôt. Le principal inconvénient d'un fonds réservé, note McCleary (1991), est d'accroître le risque de mauvaise affectation des ressources. Selon lui, dans un contexte où le fonds est excédentaire et le budget général déficitaire, le gouvernement ne peut puiser dans l'excédent et est obligé de payer pour emprunter.

Une enveloppe budgétaire ouverte ou fixe ?

Quand le régime est ouvert, l'État paie tout ce qu'il est nécessaire pour couvrir le coût des réclamations et accroît le taux de cotisation pour combler tout déficit. Dans un régime fixe, par contre, les dépenses ne peuvent dépasser les sommes perçues, quel que soit le coût des prestations réclamées. Avec ce type de financement, il faudra éventuellement rationner les services couverts ou réduire les coûts. Wiener, Hixon Illston et Hanley (1994) proposent de les rationner en offrant une couverture partielle : quand la demande dépasse les fonds prévus au budget, la quote-part du bénéficiaire est augmentée. Suivant le raisonnement en faveur d'un régime d'assurance à budget fixe, il s'agit de minimiser la variabilité de la responsabilité de l'assureur. Ce régime couvrira un risque futur tel qu'il est envisagé aujourd'hui, sans tenir compte d'augmentations de prix, de coûts supplémentaires induits par les innovations technologiques ou d'accroissement des probabilités de dépendance. Cette approche peut sembler logique dans un marché privé, où les assureurs ne peuvent couvrir le risque systémique (Cutler, 1996), mais elle n'est pas souhaitable pour un assureur public puisque sa principale raison d'être est, justement, de rester neutre par rapport aux risques systémiques et de faire en sorte que le coût des futurs soins de chacun soit suffisamment couvert. Si l'on opte pour un régime public, son financement doit donc être ouvert.

Comment et sous quelle forme percevoir les recettes ?

La recherche sur l'impôt et les finances publiques met l'accent sur trois principes qui aident à établir sur quelle base et sous quelle forme percevoir les recettes pour un régime d'assurance sociale : la capacité de payer, les avantages escomptés et la neutralité comportementale. Les deux premiers sont affaire d'équité et aident à déterminer qui doit cotiser et combien. Le troisième, qui a trait à l'efficience, permet de choisir sous quelle forme seront perçues les recettes (prime, taxe de vente, impôt sur le revenu, impôt sur la masse salariale ou impôt sur les successions) en vue de minimiser les distorsions comportementales et d'atténuer l'effet négatif sur le bien-être des intéressés.

Les deux principes d'équité (la capacité de payer et les avantages escomptés) coexistent dans certains régimes d'assurance sociale qui prévoient des transferts de revenu. Dans le cas des régimes de pensions du Québec et du Canada, par exemple, tout le monde cotise une partie de ses revenus et en récupère une fraction au moment de la retraite. Mais quand il s'agit de transferts en

nature comme c'est le cas des soins de santé et de longue durée, ces deux principes n'obéissent pas à la même logique : le principe de la capacité de payer exige que les cotisations soient proportionnelles au revenu, et celui des avantages escomptés réclame que ceux qui profiteront le plus des services contribuent davantage à leur financement.

Une application extrême du principe des avantages escomptés consisterait en un impôt ajusté au risque, mais il est généralement admis que les risques indépendants de la volonté des assurés soient exclus de l'assiette fiscale. Même si les femmes sont plus susceptibles d'avoir besoin de soins de longue durée, par exemple, rares sont les économistes qui préconiseraient sérieusement qu'elles cotisent davantage. Les avis sont plus partagés sur la nécessité d'exiger une contribution supérieure des gens qui présentent des facteurs de risque comme l'obésité. À l'autre extrême, il y aurait une prime fixe (ou taxe spéciale) prévoyant que chacun cotise un montant fixe indépendamment du risque ou de la capacité de payer. Cette solution soulève des problèmes d'équité et d'abordabilité, puisque les plus pauvres ne pourraient cotiser sans compromettre leur accès à des biens et services essentiels.

Wiener, Hixon Illston et Hanley (1994) proposent une autre application du principe des avantages escomptés à l'assurance pour soins de longue durée. Puisque celle-ci protège les biens des assurés, ils suggèrent de la financer par une taxe sur la valeur des biens légués à leur mort. Mais leur proposition repose sur deux hypothèses erronées : 1) Les gens souhaitent léguer des biens et le font effectivement. Hurd (1987) a plutôt montré que ce n'est généralement pas le cas. 2) L'assurance pour soins de longue durée ne profite pas aux gens qui n'ont aucun bien. Il faut plutôt considérer qu'une taxe sur l'habitation ou les gains en capital prélevée lors du décès n'a rien de neutre : tout comme l'impôt sur le revenu peut dissuader les gens de travailler, elle peut les empêcher d'épargner et d'investir.

La fiscalité modifie les comportements des gens tentés d'éviter l'impôt ; ils peuvent décider de réduire leur temps de travail, de prendre leur retraite plus tôt, d'épargner et d'investir moins ou de consommer différemment. C'est pourquoi les économistes (depuis Musgrave, en 1959) tendent à privilégier les taxes de vente, dont l'effet sur le comportement est plus neutre que l'impôt sur le revenu ou sur les gains en capital. Et bien que les taxes de vente aient moins d'incidence sur la capacité de payer qu'un tel impôt, elles restent préférables à cet égard à un impôt à taux unique. En effet, les mieux nantis consomment davantage en valeur absolue, même si cette consommation représente un pourcentage moindre de leurs revenus (McIntyre *et al.*, 2003).

Une couverture complète ou partielle ?

Une couverture partielle impose aux personnes ayant besoin de soins de longue durée un partage des coûts sous forme de franchises ou de copaiements. Un régime d'assurance pour soins de longue durée offrant une couverture partielle avec franchises (ou une couverture complémentaire) couvrirait les séjours en établissement plus longs que la durée établie (plus d'un an, disons) ou encore les services répondant à des besoins supérieurs à un certain niveau de base (Garber, 1995). Pour justifier la franchise, on soutient généralement qu'elle dissuade les gens de réclamer des services de valeur inférieure à ce qu'il en coûte pour traiter leurs réclamations. Pour ce qui est des soins de longue durée, la franchise pourrait se comprendre comme moyen de

dissuader les requérants ayant des besoins minimaux ou nécessitant des soins de longue durée pour une courte période seulement. Bien qu'il en coûte cher de faire évaluer des besoins par une équipe multidisciplinaire (formée de médecins, d'infirmières, de travailleurs sociaux, de psychologues et de physiothérapeutes), ces dépenses administratives restent modestes par rapport au coût des soins de longue durée. Mais comme les gens ne peuvent connaître à l'avance en quelle quantité et pour combien de temps ils auront besoin de soins, les franchises n'ont aucune raison d'être dans un régime d'assurance public pour soins de longue durée.

Un régime prévoyant des copaiements (c'est-à-dire un partage du coût des soins entre l'assuré et l'assureur) n'offrirait qu'une couverture partielle et initiale, en excluant les dépenses catastrophiques. Il couvrirait vraisemblablement une partie des coûts des premières années d'un séjour en établissement, jusqu'à un certain maximum, mais aucunement les frais supplémentaires ou les années subséquentes de soins. S'ils servent généralement à empêcher les abus, les copaiements entraînent aussi une grande perte de bien-être. Par exemple, ils ne réduisent pas l'incertitude, puisque les gens restent vulnérables aux dépenses catastrophiques. Ils conviennent donc d'autant moins à un régime public que le risque moral est limité ou improbable. En outre, la couverture partielle avec copaiements entraîne l'utilisation inefficiente des services. En effet, les personnes qui achètent des services individuels sont souvent désavantagées face aux assureurs qui se procurent des services en bloc. Moins bien renseignés sur les options de soins, elles sont aussi moins susceptibles de se tourner vers d'autres solutions favorables à leur bien-être et moins coûteuses à long terme, notamment les collectivités avec soins de longue durée ou de fin de vie (Garber, 1995).

Un régime par capitalisation ou par répartition ?

Dans un régime par capitalisation, les cotisations sont basées sur des hypothèses concernant l'évolution des taux d'intérêt et sont fixées de manière à permettre l'accumulation de fonds suffisants pour couvrir les obligations futures du régime. Dans un régime par répartition, les cotisations pour une année donnée sont fixées de façon à couvrir les dépenses de cette même année. Si ces dernières augmentent au fil des ans, on ajuste le taux de cotisation au fur et à mesure pour couvrir la hausse. La question de savoir s'il convient d'adopter un régime par capitalisation ou par répartition est l'objet d'un vif débat dans les études économiques. Celles-ci tendent à privilégier les régimes par capitalisation en s'appuyant sur quatre arguments ou principes : une meilleure équité intergénérationnelle, une viabilité accrue, une incertitude moindre et un meilleur taux d'épargne. Voyons chacun d'eux plus en détail.

L'équité intergénérationnelle

Un régime par capitalisation est jugé plus équitable dans le contexte du vieillissement de la population parce que chaque génération y paie ses propres frais, et on n'impose pas aux générations plus jeunes et moins nombreuses les frais de leurs aînés. On part ici du constat qu'en vertu d'un régime par répartition, les baby-boomers ont récolté les fruits économiques et financiers du fait d'avoir eu peu d'enfants et qu'ils refilent maintenant à une génération réduite la note à régler pour les soutenir à un âge avancé (Lassila et Valkonen, 2004).

Le principe de l'équité intergénérationnelle soulève deux objections. Premièrement, un régime de soins de longue durée ne profite pas seulement aux aînés dépendants mais aussi à leurs

enfants, à qui l'on épargne certains soins informels à prodiguer à leurs parents. Mais l'argument n'est guère convaincant puisqu'on a vu que les soins informels sont dispensés même lorsqu'une couverture pour soins formels est offerte.

Deuxièmement, observe Muellbauer (1992), on ne peut évaluer l'équité intergénérationnelle en se limitant aux transferts ou paiements pour soins de santé et de longue durée. Si la croissance économique se poursuit au même rythme que par le passé (environ 1,5 p. 100 annuel du PIB réel par habitant), les jeunes générations seront considérablement plus riches (à vie) que leurs aînés, et aucune raison impérative ne justifierait que chaque génération cotise un montant égal à la valeur des prestations qu'elle reçoit dans le cadre d'un régime d'assurance fondé sur l'âge. Le même argument s'applique au prolongement de l'espérance de vie : les jeunes générations vivront plus longtemps, et on pourrait, au nom de l'équité, leur demander de contribuer au bien-être des cohortes plus âgées.

Proposant une autre façon de traiter l'enjeu d'équité intergénérationnelle, Baldini et Beltrametti (2006) avancent que tout régime par répartition produirait des avantages excessifs pour ses premières générations de bénéficiaires, qui réclameraient des prestations sans avoir cotisé. Il faudrait ainsi attendre 85 ans pour que le régime devienne équitable. À la lumière de la récente, et extrême, évolution démographique en Italie (vieillissement accéléré de la population et faible taux de fécondité), les auteurs montrent qu'il suffirait d'imposer un taux de copaiement de 30 p. 100 dans les 20 premières années (dont les recettes seraient mises de côté dans un fonds) pour répartir ces avantages initiaux entre les générations.

Une variante du régime public par capitalisation fut proposée et rejetée aux États-Unis dans les années 1980. On aurait alors financé une extension de Medicare par un impôt à taux unique, exigé des aînés pour couvrir certains soins en établissement. La direction de l'American Association of Retired Persons (AARP) avait appuyé cet impôt et l'extension de Medicare (Garber, 1995), mais le retour de bâton est venu des aînés de la classe moyenne. Ils auraient eu à payer une surtaxe au profit de ceux qui ne pouvaient payer l'impôt forfaitaire, faute de moyens suffisants.

Il en ressort donc que la capitalisation devrait tout au plus être partielle. Effectivement, le risque d'augmentation systémique du coût des soins de longue durée devrait être financé par répartition (année après année). Par contre, le risque démographique lié aux dimensions variables des cohortes devrait être financé par capitalisation (distribué entre les cohortes) (Cadette, 1998).

La viabilité

L'évolution démographique est telle que les gouvernements doivent prévoir la viabilité financière à long terme des régimes d'assurance, d'autant plus qu'au moment où les baby-boomers réclameront massivement des prestations, il y aura moins de cotisants en raison de la taille des cohortes (Auerbach, Gokhale et Kotlikoff, 1991, 1992). Au Québec, la commission Ménard a estimé qu'étant donné le profil démographique de la province, il faudrait, entre 2000 et 2050, multiplier par 40 les cotisations à un régime public par répartition, si bien qu'elles passeraient de 20 dollars à 800 dollars par personne de 20 ans et plus (Ménard, 2005, p. 88). Un régime par répartition soulève par conséquent la question de la viabilité.

Plus viable qu'un régime par répartition, le régime par capitalisation permet de collecter aujourd'hui des sommes excédentaires qui serviront plus tard, de sorte que l'excédent du fonds vient assouplir la hausse des montants nécessaires au paiement des futurs soins de longue durée. Selon les estimations de Costa-Font et Patxot (2004) effectuées pour la population espagnole, un « lissage » parfait (un régime entièrement capitalisé) nécessiterait de doubler les cotisations versées aujourd'hui, ce qui permettrait de garder le taux de cotisation constant sur la durée. S'il y avait au Canada une assurance pour soins de longue durée, cela reviendrait à augmenter les cotisations aujourd'hui de 1,4 à 2,8 p. 100 du PIB, la moitié de cette hausse servant aux besoins courants et l'autre moitié allant à un fonds pour couvrir les obligations futures.

Pour autant, un régime entièrement financé par capitalisation n'est pas justifié sur le plan économique. Barro (1979) a montré que le coût d'opportunité d'un impôt augmente plus rapidement que le taux d'imposition lui-même, un taux de 2 p. 100 étant plus de deux fois plus onéreux qu'un taux de 1 p. 100. Par conséquent, un taux d'imposition constant de 2 p. 100 sur 20 ans est préférable à des taux de 1 p. 100 sur 10 ans et de 3 p. 100 pour les 10 années suivantes. Barro établit aussi clairement que l'essentiel n'est pas d'égaliser les taux marginaux d'imposition entre les générations (en s'assurant que toutes paient le même taux, quels que soient leurs revenus) mais bien d'égaliser le coût marginal de l'impôt à toutes les périodes pour que chaque génération fournisse un effort semblable en fonction de ses revenus. Autrement dit, si l'on estime que les générations futures seront mieux nanties, le même taux marginal d'imposition appliqué à ces générations plus riches serait moins lourd que pour la génération actuelle. Assurer équitablement la viabilité du fonds dépend alors d'autres facteurs que la seule égalisation des taux d'impôt entre générations. Le niveau d'augmentation du futur taux d'imposition reste une question empirique, mais un « lissage » parfait n'en est pas moins déconseillé du point de vue économique.

L'incertitude

Les régimes par répartition créent de l'incertitude chez les gens, qui ne peuvent savoir quelles cotisations seront exigées d'eux à l'avenir. Et ceux qui sont réfractaires au risque voudraient se protéger contre cette incertitude. Or on peut réduire celle-ci sans nécessairement adopter un régime entièrement capitalisé (Cadette, 1998). Certains économistes soutiennent, en effet, qu'un mécanisme de financement avec des règles permanentes, fondé sur des données relatives à la future répartition des âges, y parviendrait tout à fait, et ce, en réduisant l'exposition au risque systémique (Lassila et Valkonen, 2004).

Le taux d'épargne

Le principe du meilleur taux d'épargne repose sur l'idée qu'un régime par répartition est une dépense pure, alors qu'un régime par capitalisation permettrait d'accroître le taux d'épargne au profit de l'économie. Autrement dit, le taux d'épargne augmenterait si les soins de longue durée étaient financés par capitalisation. Les excédents accumulés dans ce dernier régime favoriseraient en retour le taux de croissance du PIB, ce qui rendrait à terme les soins de longue durée plus abordables (Saving, 2000). Mais, note Saving, il faut pour ce faire remplir deux conditions. Premièrement, on doit s'assurer que le fonds serve uniquement aux futurs soins de longue durée, et non pas à compenser le déficit d'autres programmes, par exemple. Deuxièmement, il

faut utiliser le fonds pour acheter des obligations privées, et non pas des obligations d'État. Ces dernières créeraient en effet de futurs engagements, et leur remboursement nuirait aux finances publiques. De plus, un tel fonds susciterait une hausse des taux d'imposition et ne se démarquerait plus en rien d'un régime par répartition.

Comme le montrent Miyazawa, Moudoukoutas et Yagi (2000), l'argument voulant que le taux d'épargne augmenterait si les soins de longue durée étaient financés par capitalisation, au lieu d'être payés au moyen d'un régime par répartition, équivaut à celui d'Aaron (1966), connu sous le nom de « modèle Aaron-Samuelson ». Selon ce modèle, les solutions capitalisées sont préférables dans les économies où les taux d'intérêt sont supérieurs au total des taux de croissance de la population et de la productivité.

La plupart des études qui déconseillent les régimes par répartition en général (pour les pensions, par exemple) datent des années 1990, époque où ces conditions étaient remplies et pendant laquelle s'est dégagé un certain consensus autour de la supériorité des régimes capitalisés. Mais les 40 prochaines années se caractériseront par un vieillissement de la population et un recul des taux de rendement du capital. On ne peut donc plus attendre des solutions capitalisées les mêmes avantages que par le passé.

Miyazawa, Moudoukoutas et Yagi ajoutent au modèle Aaron-Samuelson l'élément spécifique de l'assurance pour soins de longue durée. Les gens peuvent uniquement consommer ou épargner, dicte le modèle, mais Miyazawa et ses collègues soutiennent que lorsqu'ils sont encore jeunes, les gens peuvent aussi investir dans leur capital santé et réduire de la sorte leur risque d'être un jour dépendants. Si toute la jeune génération investissait ainsi dans sa santé, les assureurs toucheraient un meilleur rendement sur les primes, et les assurés en récolteraient plus tard les fruits sous forme de primes réduites. Cela dit, les gens ne seraient pas incités à investir dans leur santé s'ils avaient pour seule motivation de réduire leurs futures primes, notent les auteurs, car cet investissement profiterait financièrement moins à eux-mêmes qu'à leur mutuelle (sous forme de primes réduites). Leur investissement personnel ne leur rapporterait qu'une part des avantages financiers, étant donné que ceux-ci seraient redistribués au sein d'un groupe dont tous les membres n'ont vraisemblablement pas fait le même investissement.

Miyazawa, Moudoukoutas et Yagi y vont donc d'un autre postulat : au cours de la période active, on peut consacrer du temps à travailler ou à investir dans sa santé, et tout investissement santé nécessite du temps (pour faire de l'exercice, dormir, préparer des repas sains, etc.). Dans un régime par répartition, le taux d'imposition à la période active réduit le taux de rendement du travail et rend l'investissement dans la santé plus attrayant que le ferait un régime par capitalisation.

Ce modèle est toutefois théorique et repose sur un ensemble de postulats. Il faut donc évaluer prudemment sa conclusion voulant que les régimes par répartition soient meilleurs du double point de vue de la gestion macroéconomique et du bien-être individuel. Mais le modèle a le mérite d'introduire cette notion clé selon laquelle un transfert lié aux soins de longue durée n'est pas qu'un simple transfert de revenus entre les jeunes et les vieux, ou les bien portants et les malades, mais aussi une dépense productive visant à créer de la santé.

L'argument est semblable à l'une des objections de Muellbauer (1992) à l'encontre du cadre comptable générationnel. D'après lui, si les dépenses publiques ne sont pas que consommation pure mais supposent aussi un motif d'investissement, la condition de contrainte budgétaire actuarielle intertemporelle n'est pas nécessairement remplie. Il faut par conséquent connaître l'avantage relatif découlant de la croissance du PIB produite par 1) l'investissement d'un dollar dans l'économie générale obtenue en augmentant le taux d'épargne (Saving, 2000) et par 2) l'investissement du même dollar spécifiquement dans le secteur des soins de longue durée. Cet investissement dans les soins de longue durée peut à terme générer un rendement positif soit en améliorant la santé, soit en augmentant notre capacité systémique de produire dans l'avenir de tels soins à meilleur coût. Le premier point, l'investissement résultant en une amélioration des soins de longue durée, relève de l'aspect préventif de ces soins : la prévention freine-t-elle ou non le processus d'une santé défaillante et de l'invalidité ? Le second point, l'investissement résultant en une amélioration de la productivité, relève pour sa part des effets de l'assurance sur les innovations technologiques en soins de longue durée : observe-t-on à l'égard de ces soins ce qui est maintenant documenté en matière de soins aigus, à savoir que le financement de l'assurance favorise la recherche-développement et l'innovation ?

Résumons notre examen de la viabilité, de l'équité intergénérationnelle, du taux d'épargne et de l'incertitude en avançant que l'assurance pour soins de longue durée devrait être partiellement capitalisée. Selon nous, il y aurait tout lieu d'envisager un régime financé par capitalisation à hauteur de 30 p. 100.

Synthèse et conclusions

Nous avons soutenu dans cette étude que les programmes publics canadiens en soins de longue durée créent des inégalités régionales considérables et sont une source d'incertitude pour les citoyens, qui ne peuvent prendre de décisions éclairées pour faire face au risque qu'ils courent de nécessiter un jour des soins formels. De surcroît, l'accessibilité des soins de longue durée n'est pas la même pour ceux qui vivent à domicile et ceux qui sont en établissement. Étant donné que les dispositions actuelles n'incitent pas les aînés à choisir l'option qu'ils préfèrent, c'est-à-dire recevoir des soins à domicile — et qui est la plus abordable —, ces dispositions sont à la fois coûteuses et inefficaces. Au cours des 20 prochaines années, les tendances démographiques devraient rapidement faire augmenter les dépenses en soins de longue durée, mais on ignore toujours comment les gouvernements provinciaux feront face à ce nouveau fardeau financier. Il est pourtant évident que le statu quo n'est plus tenable.

Comment assurer l'accès universel aux soins de longue durée au Canada ? Que peuvent faire les gouvernements pour mettre en place des mécanismes de financement qui établiront de manière équitable et efficiente une couverture universelle ? Notre revue des études économiques et des données de recherche issues d'autres pays (surtout des États-Unis) avait pour but d'analyser les avantages et les inconvénients de trois options clés de financement des soins de longue durée : l'épargne privée, l'assurance privée et l'assurance sociale universelle. La principale conclusion de notre étude est que les gouvernements canadiens seraient bien avisés d'adopter un régime public universel d'assurance pour soins de longue durée. Un tel régime serait nettement plus efficient et plus équitable que l'actuelle mosaïque de dispositions en la matière. Nous démontrons qu'à

maints égards, l'assurance publique serait préférable à l'assurance privée, notamment parce qu'un régime public dont les prestations reposeraient sur une évaluation standardisée des besoins en matière de soins offrirait aux Canadiens un accès amélioré et plus équitable aux services de longue durée. Ci-dessous sont résumés les arguments et données à l'appui de ces recommandations.

Nous avons vu que les soins de longue durée doivent faire l'objet d'une certaine forme d'assurance (publique ou privée) du simple fait que le risque de dépendre un jour de soins formels pour une longue période se concentre dans un mince segment de la population et peut atteindre des niveaux catastrophiques. Or il est inefficace de s'en remettre entièrement à l'épargne individuelle. Si en principe une assurance standard peut être aussi bien privée que publique, la demande est partout très faible pour l'assurance privée en soins de longue durée, même aux États-Unis et à Singapour, pays qui s'appuient pourtant fortement sur le marché. Ce faible taux de souscription s'explique par les caractéristiques propres au marché de l'assurance pour soins de longue durée. Trois principaux facteurs en empêchent le développement : 1) des frais de souscription élevés dus aux résiliations de police ; 2) des couvertures limitées et des frais de souscription élevés dus au risque systémique (soit l'éventuelle augmentation du coût des soins de longue durée) que les assureurs ne peuvent couvrir en élargissant les mutuelles ; et 3) l'effet d'éviction dû à l'existence de programmes publics de soins de longue durée (le bon Samaritain).

L'assurance privée présente l'importante restriction de ne pouvoir se combiner avec un régime public (du bon Samaritain) pour les non-assurés. Les gens n'étant guère incités à souscrire une assurance privée lorsqu'il existe des programmes liés aux ressources ou un programme quelconque de dernier recours en soins de longue durée (comme des services hospitaliers publics), aucune solution mixte (publique et privée) ne pourrait offrir une couverture universelle. Si les gouvernements canadiens devaient privilégier l'assurance privée, il leur faudrait la rendre obligatoire, subventionner les primes pour d'importants segments de la population et supprimer tout financement public des soins aux démunis. Non seulement le changement serait radical, mais le fonctionnement de ce régime exigerait de surcroît que les gouvernements accordent à l'assurance privée le monopole du financement des soins de longue durée. Et même en remplissant toutes ces exigences, le risque systémique inhérent à l'assurance pour soins de longue durée ferait en sorte que les assurés paieraient plus cher leur couverture (sous forme de primes) que s'ils participaient à un régime public (sous forme de cotisations ou d'impôts plus élevés).

En comparaison à l'assurance privée, un régime public universel d'assurance pour soins de longue durée aurait des frais de souscription et des coûts de transaction moins élevés, tout en étant moins coûteux. Bien que la littérature économique ne traite pas des caractéristiques propres à un tel régime, les études les plus influentes en finances publiques et en fiscalité orientent le débat public vers un certain nombre de solutions. Ayant analysé ces travaux, nous estimons que le régime idéal doit être ouvert et couvrir entièrement les services jugés nécessaires par une équipe d'évaluation multidisciplinaire. La standardisation des prestations selon les besoins des patients viendrait améliorer la situation actuelle non seulement en réduisant l'incertitude pour les gens touchés, mais aussi en favorisant leur maintien à domicile et en diminuant le risque qu'ils soient inutilement déplacés dans un établissement de soins où les coûts sont plus élevés.

S'il faut aussi débattre de la base de revenu offrant la meilleure source de financement, les éléments disponibles indiquent que l'instrument le plus neutre serait une taxe de vente. Les recettes qu'on en percevrait seraient placées dans un fonds consacré uniquement aux soins de longue durée. Nous recommandons ainsi l'adoption d'un régime partiellement financé par capitalisation. Il permettrait de percevoir des sommes supérieures aux besoins actuels, ce qui tiendrait compte de la taille variable des cohortes (les plus grandes cotisant davantage). Mais il faudrait établir l'ampleur du préfinancement du régime d'après des paramètres comme les taux de rendement prévus de l'investissement en soins de longue durée et de vieillissement en santé, l'étendue des innovations à venir en matière de soins et l'amélioration anticipée de la santé des futures générations.

De toute évidence, on ne peut fonder sur les seuls facteurs économiques les décisions visant à réunir les fonds nécessaires au financement d'un régime public universel d'assurance pour soins de longue durée. Les facteurs de l'acceptabilité politique, de l'équité intergénérationnelle et de la faisabilité administrative feront aussi partie du débat. Mais d'un point de vue économique, il apparaît essentiel de surmonter la réticence d'une majorité de Canadiens à l'égard des hausses d'impôt nécessaires pour financer un régime public. Nous l'avons vu, les autres options sont tout simplement inefficaces et inéquitables : sans régime public, les gens devront épargner des sommes considérables ou souscrire une assurance privée plus chère et moins avantageuse. Beaucoup de gens pourraient se retrouver alors à court d'argent et devraient renoncer aux soins de longue durée dont ils ont besoin. De nombreux autres se replieraient en dernier recours sur le système public de soins de santé, ce qui entraînerait une réaffectation aussi coûteuse qu'inefficiente des ressources collectives du pays.

Annexe
Les mécanismes sous-jacents au risque systémique de l'assurance pour soins de longue durée

Pour une collectivité, le coût financier des soins de longue durée dépend de six facteurs : le nombre de personnes âgées, le taux de dépendance par âge, l'offre de soins informels, la rémunération des prestataires de soins formels de longue durée, les attentes sociales en matière de soins (soit les normes sociales concernant la dépendance, les soins personnels et la responsabilité individuelle) ainsi que les changements techniques et les modèles de soins relatifs au traitement de la dépendance (Wittenberg, Sandhu et Knapp, 2002).

Le risque systémique est lié au coût futur d'une unité (une heure) de soins formels. Ce coût est déterminé par trois paramètres : les attentes sociales, le niveau de rémunération des prestataires de soins et les changements techniques. Bien qu'on ne puisse vraiment prédire les attentes sociales, la plupart des pays riches jugeront sûrement inacceptable de laisser à eux-mêmes leurs aînés dépendants. On peut donc raisonnablement prévoir le maintien du statu quo à l'égard de ces attentes. Attardons-nous donc aux deux autres facteurs, la rémunération et les changements techniques.

Les soins de longue durée étant principalement fournis par du personnel non qualifié ou semi-qualifié, on tient souvent pour acquise la question de la rémunération et l'on mise très peu sur les gains de productivité. Il est généralement admis que dans 50 ans, il faudra traiter chaque niveau de dépendance en y consacrant le même nombre d'heures de soins qu'aujourd'hui et la même combinaison de services d'infirmières, de travailleurs sociaux et d'aidants non qualifiés ou semi-qualifiés. En supposant qu'il n'y aura aucune amélioration de la productivité et que les travailleurs du secteur seront protégés de la concurrence et verront leurs salaires progresser au rythme du PIB, le coût unitaire des soins augmenterait aussi rapidement que le PIB. Or, si le PIB par habitant continue d'augmenter en moyenne de deux points de pourcentage plus vite que l'inflation (comme c'est le cas depuis 150 ans), l'inflation dans le secteur des soins de longue durée bondira de 221 p. 100 entre 2010 et 2050 ($(1.02)^{40} = 2.21$). Le coût d'un séjour d'une année en établissement passera ainsi de 65 000 dollars à 143 650 dollars. C'est ce risque systémique que les assureurs doivent courir sans pouvoir le répartir entre leurs assurés. Et c'est pourquoi la loi des grands nombres ne peut garantir à l'assureur que ce risque diminuera même si la population assurée augmente.

Selon un postulat clé de ce scénario, les fournisseurs de soins de longue durée sont protégés de la concurrence et pourront augmenter leurs prix en vue de stabiliser leurs revenus suivant un revenu moyen. Mais il pourrait en aller bien autrement. En effet, Denton *et al.* (2006) ont montré que la concurrence dirigée des soins de longue durée en Ontario a plutôt avivé la concurrence et sans doute fait baisser les prix. Pour autant, les auteurs montrent aussi que la conservation des effectifs est un problème réel parmi les infirmières de soins de longue durée (et, probablement, les aidants non qualifiés). Étant donné que les bénéficiaires de soins personnels se préoccupent de ceux qui les leur prodiguent, les travailleurs n'ont guère à rivaliser sur le marché[27]. Si bien qu'une partie du risque systémique des assureurs découle du coût unitaire des soins de longue

durée, qui devrait augmenter au même rythme que le PIB mais avec des gains de productivité inférieurs aux autres secteurs de l'économie.

Les progrès techniques et technologiques pourraient toutefois changer la donne. Contrairement à ce que postule la théorie du coût de la maladie, la multiplication des technologies d'assistance pourrait accroître la productivité des soins de longue durée. Si de nouveaux appareils viennent aider en plus grand nombre les aînés ayant des problèmes d'apprentissage, de vue ou de communication, un personnel réduit pourra accomplir le même travail de satisfaction des besoins, ce qui est précisément la définition des gains de productivité. On peut aussi envisager que des « robots sociaux » assurent un jour certains soins aujourd'hui prodigués par des humains. De même, la conception d'appareils ou d'environnements « intelligents » pourrait aider un plus grand nombre d'aînés ayant de nombreuses incapacités à rester à la maison et à vivre normalement, sans le soutien d'aidants. Et si le prix de ces appareils se révèle inférieur au prix cumulé du personnel qu'ils remplacent, le coût unitaire des soins diminuera également. Les technologies pourraient aussi se substituer à du personnel en améliorant la coordination des soins (pour réduire la dépendance des bénéficiaires) et par des traitements visant à ralentir le processus d'invalidité (en stimulant ceux qui souffrent de démence ou en prévenant la fragilité par l'interaction sociale). Pensons enfin à l'amélioration des processus diagnostiques, qui pourrait réduire les besoins en soins infirmiers et services de soutien à domicile. En somme, l'ensemble de ces progrès permettrait d'amoindrir le fardeau de la dépendance et d'accroître la productivité des services.

Cette vision optimiste de l'évolution des technologies peut laisser penser qu'on exagère l'ampleur du risque systémique et que le coût unitaire des soins de longue durée pourrait en fait diminuer au fil du temps. Mais les innovations technologiques en soins de santé (et de longue durée) sont toujours à double tranchant : elles peuvent stimuler la productivité (pour de meilleurs résultats et une amélioration globale du bien-être) tout en faisant augmenter les dépenses totales (et donc le risque systémique pour les assureurs). Certains nouveaux appareils sont destinés à des bénéficiaires qui ne sont pas encore jugés dépendants mais qui pourraient profiter d'une meilleure qualité de vie. De même, des robots et des environnements intelligents en soins de longue durée peuvent profiter à des patients qui reçoivent et continueront de recevoir des soins prodigués par des humains. Il s'agit là de mesures qui produisent des soins améliorés mais qui sont aussi plus coûteux. Globalement, elles favorisent la qualité de l'aide et la réduction du prix unitaire des prestations, mais font augmenter le coût total des soins. On appelle « effet de l'extension du traitement » ce problème courant du secteur de la santé.

En un mot, le risque systémique de l'assurance pour soins de longue durée crée un effet combinant de faibles gains de productivité dans un secteur à forte densité de main-d'œuvre et des progrès technologiques qui suscitent des soins améliorés mais plus coûteux.

Notes

1 Parmi les Canadiens de 65 ans et plus vivant dans leur collectivité, 6 p. 100 des hommes et 7 p. 100 des femmes ont déclaré en 2003 dépendre de soins dispensés par d'autres (Gilmour et Park, 2006). Il faut ajouter à ces chiffres 263 000 aînés qui vivaient en 2006 en établissement (Ramage-Martin, 2006), soit 7 p. 100 de la population de plus de 65 ans. Selon le dernier sondage auprès de personnes vivant en établissement, réalisé en 1996-1997 (Enquête nationale sur la santé de la population), 80 p. 100 de ces aînés avaient besoin d'aide pour accomplir les activités de la vie quotidienne. Globalement, on estimait que 518 000 personnes, ou 14 p. 100 des aînés canadiens, dépendaient des soins prodigués par les autres.

2 Pour certains démographes et épidémiologistes, supposer un taux constant de dépendance chez les 65 ans et plus mène à des surestimations. Il est vrai qu'en matière de dépenses annuelles, le niveau de risque individuel des personnes dépendantes a considérablement baissé au Canada et aux États-Unis depuis les années 1980. Mais ce moindre risque ne pourra compenser l'incidence démographique du vieillissement des baby-boomers.

3 Données non publiées de l'Enquête sociale générale de Statistique Canada, cycle 16, 2002. Voir Keefe (2011).

4 On observe en outre d'importantes disparités d'accès aux services de soins en établissement selon les provinces (Hirdes, 2001).

5 En raison des intérêts composés, les économies nécessaires peuvent être moindres si l'on a commencé à épargner très tôt. Tout dépend de la valeur nette des ajustements (après correction en fonction de l'inflation). Les sommes citées ne le sont donc qu'à titre indicatif.

6 L'épargne retirée à d'autres fins pourrait être imposable.

7 ElderShield — Severe Disability Insurance Scheme, *Health Policy Monitor*, Bertelsmann Stiftung. Voir http://www.hpm.org/survey/sg/a1/3.pdf.

8 Voir par exemple la Brookings Institution (Wiener, Hixon Illston et Hanley, 1994) et la National Association of Social Insurance (Ng, 2010) aux États-Unis, ainsi que la Royal Commission on Long Term Care au Royaume-Uni (1999).

9 Utilisant une autre méthodologie de recherche, Kemper et Murtaugh (1991) avaient obtenu des résultats comparables à ceux de l'étude de Kemper, Komisar et Alecxih (2005).

10 Tous ces calculs reposent sur des données américaines.

11 D'après des données américaines.

12 Dix p. 100 des Américains âgés dépensent chaque année plus de la moitié de leurs revenus en soins de longue durée (Norton et Stearns, 2009). En Espagne, estiment Bolancé, Alemany et Guillén (2010), le fardeau financier est de 20 p. 100 chez les hommes et de 40 p. 100 chez les femmes ; le fardeau à vie de 10 p. 100 des hommes atteignait en 2008 au moins 110 000 euros (143 000 dollars canadiens) et celui des femmes, au moins 120 000 euros (156 000 dollars canadiens).

13 À l'exclusion des coûts indirects engagés par les aidants informels.

14 Toutes les études de marché sur l'assurance privée pour soins de longue durée reposent sur des études de cas américaines, qui se caractérisent par une combinaison d'assurance privée et de programmes publics de dernier recours. Leurs conclusions sont toutefois pertinentes relativement aux choix stratégiques du Canada et d'autres pays confrontés à une population vieillissante et à une couverture publique limitée des dépenses en soins de longue durée.

15 Le programme Medicaid fonctionne comme suit : les gens doivent dépenser leurs revenus et actifs en soins de longue durée tant et aussi longtemps qu'ils restent sous le niveau fixé par une évaluation de leurs ressources et qu'ils peuvent être couverts par le régime public. Ce mécanisme est aussi appelé « désépargne ».

16 La recherche parle ici du « problème de l'abordabilité » et de la nécessité de « rendre l'assurance abordable ».

17 C'est ce que Bundorf et Pauly (2006) définissent comme étant l'« abordabilité normative ». Elle est normative au sens où elle ne permet aucune variation de goût entre individus.

18 Aucune raison impérieuse n'impose de privilégier cette définition.

19 Dans la même veine, Sloan et Norton (1997) ont réalisé une étude dans les années 1990, époque où 2 à 3 p. 100 des Américains âgés avaient une assurance privée pour soins de longue durée, et ils ont découvert que les gens qui prévoyaient recourir davantage aux soins à domicile étaient plus susceptibles de souscrire une police.

20 L'assureur pourrait évidemment atténuer ce risque en inscrivant des assurés plus âgés, ce qui réduirait sur la durée le délai et les effets des variations du coût moyen. Mais pour l'assuré, les bienfaits de l'assurance diminuent avec l'âge pour ces deux raisons : 1) le risque individuel devient beaucoup plus prévisible ; 2) l'assuré court plus de risque de mourir avant de réclamer ses prestations. Du point de vue de l'assureur, il y a compromis entre les variations systémiques (trop fortes quand l'assuré est jeune) et les variations individuelles (trop faibles quand il est âgé).

21 Medicare paie les 100 premiers jours en établissement.

22 On pourrait sûrement faire une analyse semblable à partir de données canadiennes.

23 L'étude de Cutler reposait sur un échantillon de polices d'assurance pour soins de longue durée du Massachussetts.

24 Selon Brown et Finkelstein (2007), les frais de souscription élevés de l'assurance pour soins de longue durée n'expliquent pas le faible taux de souscription ou le petit marché de l'assurance privée. Leur échantillon de contrat montre que si les hommes se voient facturer d'importants frais de souscription et paient quelque 150 p. 100 de la prime actuarielle, les femmes ne paient que 94 p. 100 de celle-ci. Malgré cet écart, on n'observe aucune différence entre les deux sexes quant à la proportion d'assurés, même si l'on se limite aux personnes seules ou aux couples dont un seul conjoint a souscrit une police. Le fait que les frais de souscription n'empêchent pas les hommes de prendre une assurance semble indiquer que d'autres facteurs que le risque systémique entrent en jeu.

25 Ce montant correspond approximativement au seuil fédéral, mais les États autorisent des seuils plus élevés.

26 Selon une autre simulation, où l'on supprime les défaillances du marché et le régime du bon Samaritain tout en ajoutant les œuvres de bienfaisance pour aider les malades et les démunis, la proportion de gens désireux de souscrire une assurance baisse de 80 p. 100.

27 Ce raisonnement s'apparente à la suggestion d'Arrow (1963) à propos des médecins, selon laquelle une concurrence imparfaite favorise la confiance.

Références

Aaron, H., 1966. « The Social Insurance Paradox », *Canadian Journal of Economics*, vol. 32, nº 3, p. 371-374.

Arrow, K. J., 1963. « Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care », *American Economic Review*, vol. 53, nº 5, p. 941-973.

Auerbach, A. J., J. Gokhale et L. J. Kotlikoff, 1991. « Generational Accounts: A Meaningful Alternative to Deficit Accounting », dans D. Bradford (dir.) *Tax Policy and the Economy*, vol. 5, Cambridge, MA, MIT Press.

———, 1992. « Generational Accounting: A New Approach to Understanding the Effects of Fiscal Policy », *Scandinavian Journal of Economics*, vol. 94, p. 303-318.

Baker, D., 2009. « Long-term Care Insurance — an Industry Perspective », présentation faite à la conférence de l'IRPP « When I'm 64... — Defining Care-giving Policy for an Aging Canada », Montréal, 3-4 avril, http://www.irpp.org/events/archive/ 20090403/baker.pdf.

Baldini, M., et L. Beltrametti, 2006. « Alternative Approaches to Long-Term Care Financing: Distributive Implications and Sustainability in Italy », *Schweizerische Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik/Swiss Journal of Economics and Statistics*, numéro spécial, p. 117-121.

Barr, N., 2009. « Long-Term Care: A Suitable Case for Social Insurance », *Social Policy and Administration*, vol. 44, nº 4, p. 359-374.

Barro, R. J., 1979. « On the Determination of the Public Debt », *Journal of Political Economy*, vol. 87, nº 5-1, p. 940-971.

Bolancé, C., R. Alemany et M. Guillén, 2010. « Prediction of the Economic Cost of Individual Long-Term Care in the Spanish Population », Working Paper, XREAP 2010-8, Barcelone, Département d'économétrie RISC-IREA, Université de Barcelone.

Brown, J. R., N. B. Coe et A. Finkelstein, 2006. « Medicaid Crowd-Out of Private Long-Term Care Insurance Demand: Evidence from the Health and Retirement Survey », NBER Working Paper 12536.

Brown, J. R., et A. Finkelstein, 2007. « Why Is the Market for Long-Term Care Insurance So Small? », *Journal of Public Economics*, vol. 91, nº 10, p. 1967-1991. Version initiale : NBER Working Paper 10782, 2004.

———, 2008. « The Interaction of Public and Private Insurance: Medicaid and the Long-Term Care Insurance Market », *American Economic Review*, vol. 98, nº 3, p. 1083-1102. Version initiale : NBER Working Paper 10989, 2004.

Browning, E. K., 1975. « Collective Choice and General Fund Financing », *Journal of Political Economy*, vol. 83, p. 377-390.

Buchanan, J. M., 1963. « The Economics of Earmarked Taxes », *Journal of Political Economy*, vol. 71, p. 457-469.

Bundorf, M. K., et M. V. Pauly, 2006. « Is Health Insurance Affordable for the Uninsured? », *Journal of Health Economics*, vol. 25, p. 650-673.

Cadette, W. M., 1998. « Financing Long Term Care: Options for Policy », Working Paper 283, The Jerome Levy Economics Institute of Bard College, Annandale-on-Hudson, New York.

Cohen, M. A., N. Kumar et S. S. Wallack, 1993. « New Perspectives on the Affordability of Long-Term Care Insurance and Potential Market Size », *Gerontologist*, vol. 33, p. 105-113.

Collins, S., 2007. « How Can Funding for Long-Term Care Adapt for an Aging Population? », *Solutions/Lessons for Policy and Practice*, York (R.-U.), Joseph Rowntree Foundation.

Costa-Font, J., et C. Patxot, 2004. « Intergenerational Impact of Long-Term Care Financing in Spain », *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, vol. 29, nº 4, p. 599-619.

Coyte, P. C., 2000. « Home Care in Canada: Passing the Buck », manuscrit non publié, Université de Toronto.

Cutler, D. M., 1996. « Why Don't Markets Insure Long-term Risks? », manuscrit non publié, Université Harvard.

Cutler D. M., A. Finkelstein et K. McGarry, 2008. « Preference Heterogeneity and Insurance Markets: Explaining a Puzzle of Insurance », Working Paper 13746, National Bureau of Economic Research.

Deeming, C., et J. Keen, 2003. « A Fair Deal for Care in Old Age? Public Attitudes towards the Funding of LTC », *Policy and Politics*, vol. 31, p. 431-446.

Denton, M., I. U. Zeytinoglou, S. Davies et D. Hunter, 2006. « The Impact of Implementing Managed Competition on Home Care Workers' Turn-over Decisions », *Healthcare Policy*, vol. 1, nº 4, p. 106-123.

États-Unis, Congressional Budget Office, 2004. « Financing Long-Term Care for the Elderly », avril, Washington, DC, Government Printing Office.

Fernandes, N., et B. G. Spencer, 2010. « The Long-Term Care Cost of Canada: Where You Live Matters », *Canadian Journal on Aging/ Revue canadienne du vieillissement*, vol. 29, nº 3, p. 407-416.

Finkelstein, A., et K. McGarry, 2006. « Private Information and Its Effect on Market Equilibrium: New Evidence from Long-Term Care Insurance », *American Economic Review*, vol. 96, nº 4, p. 938-958.

Finkelstein, A., K. McGarry et A. Sufi, 2005. « Dynamic Inefficiencies in Insurance Markets: Evidence from Long-Term Care Insurance », *American Economic Review: Papers and Proceedings*, vol. 95, p. 224-228.

Garber, A. M., 1995. « To Comfort Always: The Prospects of Expanded Social Responsibility for Long-Term Care », Working Paper 5034, National Bureau of Economic Research.

Gilmour, H., et J. Park, 2006. « Dependency, Chronic Conditions and Pain in Seniors », *Health Reports*, nº 16 (supplément), p. 21-32.

Glendinning, C., B. Davies, L. Pickard et A. Comas-Herrera, 2004. *Funding Long-Term Care for Older People: Lessons from Other Countries*, Londres, Joseph Rowntree Foundation.

Goda, S. G., E. Golberstein et D. C. Grabowski, 2010. « Income and the Utilization of Long-Term Care Service: Evidence from the Social Security Benefit Notch », NBER Working Paper 16076.

Goetz, C. J., 1968. « Earmarked Taxes and the Majority Rule Budget Process », *American Economic Review*, vol. 581, p. 128-136.

Grabowski, D. C., et J. Gruber, 2007. « Moral Hazard in Nursing Home Use », *Journal of Health Economics*, vol. 26, nº 3, p. 560-577.

Hirdes, J. P., 2001. « Long-Term Care Funding in Canada: A Policy Mosaic », dans I. Chi, K. K. Mehta et A. L. Howe (dir.) *Long-Term Care in the 21st Century: Perspectives from around the Asia-Pacific Rim*, The Journal of Aging and Social Policy Monographic Separates, New York, Londres et Oxford, Haworth Press.

Hirsh, D., 2006. *Five Costed Reforms to Long-Term Care Funding*, Londres, Joseph Rowntree Foundation.

Hollander, M. J., 2004. *Unfinished Business: The Case for Chronic Home Care Services, A Policy Paper*, Victoria, Hollander Analytical Services.

Hurd, M. D., 1987. « Savings of the Elderly and Desired Bequests », *American Economic Review*, vol. 77, p. 298-312.

Keefe, Janice M., 2011. *Supporting Caregivers and Caregiving in an Aging Canada*, IRPP Study 23, Montréal, Institut de recherche en

politiques publiques, http://www.irpp.org/pubs/IRPPstudy/IRPP_Study_no23.pdf.

Kemper, P., H. Komisar et L. Alecxih, 2005. « Long-Term Care over an Uncertain Future: What Can Current Retirees Expect? », *Inquiry*, vol. 42, p. 335-350.

Kemper, P., et C. M. Murtaugh, 1991. « Lifetime Use of Nursing Home Care », *New England Journal of Medicine*, vol. 324, p. 595-600.

Kim, N., 2009. « Is Private Long-Term Care Insurance Affordable for Older Adults? », thèse de doctorat, Université Wayne State, Detroit, MI.

Lassila, J., et T. Valkonen, 2004. « Pre-funding Expenditures on Health and Long-Term Care under Demographic Uncertainty », *Geneva Papers on Risk and Insurance*, vol. 29, nº 4, p. 620-639.

Lim, M.-K., 1998. « Health Care Systems in Transition, II, Singapore, Part I, An Overview of Health Care Systems in Singapore », *Journal of Public Health Medicine*, vol. 20, nº 1, p. 16-22.

McCleary, W., 1991. « The Earmarking of Government Revenue: A Review of Some World Bank Experience », *The World Bank Research Observer*, vol. 6, p. 81-104.

McIntyre, R. S., R. Denk, N. Francis, M. Gardner, W. Gomaa, F. Hsu et R. Sims, 2003. *Who Pays? A Distributional Analysis of the Tax Systems in All 50 States*, 2e édition, Washington, DC, The Institute on Taxation and Economic Policy.

McNamara, P. E., et N. Lee, 2004. « Long-Term Care Insurance Policy Droppings in the U.S. from 1996 to 2000: Evidence and Implications for Long-Term Care Financing », *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, vol. 29, nº 4, p. 640-654.

Meier, V., 1999. « Why the Young Do Not Buy Long-Term Care Insurance », *Journal of Risk and Uncertainty*, vol. 8, p. 83-98.

Ménard, J., 2005. *Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations*, rapport du Comité de travail sur la pérennité du système de santé et des services sociaux du Québec, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Miyazawa, K., P. Moudoukoutas et T. Yagi, 2000. « Is Public Long-Term Care Necessary? », *The Journal of Risk and Insurance*, vol. 67, p. 249-264.

Muellbauer, J., 1992. « Comment on A.J. Auerbach, J. Gokhale, and L.J. Kotlikoff, "Generational Accounting: A New Approach to Understanding the Effects of Fiscal Policy on Saving" », *The Scandinavian Journal of Economics*, vol. 94, nº 2, p. 319-322.

Musgrave, R., 1959. *The Theory of Public Finance*, Kogakusha, McGraw-Hill.

Ng, W., 2010. « Long-Term Services and Supports: Meeting the Needs of Elders, Families and the Workforce Through Social Insurance », Working Paper, National Academy of Social Insurance, Washington.

Norton, E. C., et S. C. Stearns, 2009. « Health Care Expenditures », dans P. Uhlenberg (dir.) *International Handbook of Population Aging*, The Netherlands, Springer.

OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques), 2010. « Public Long-Term Care Financing Arrangements in OECD: Overview and Common Directions », dans *OECD Expert Meeting on Long-Term Care*, 15-16 novembre, Centre de conférences de l'OCDE.

Oster, E., I. Shoulson, K. Quaid et E. R. Dorsey, 2009. « Genetic Adverse Selection: Evidence from Long-Term Care Insurance and Huntington Disease », Working Paper 15326, National Bureau of Economic Research.

Parker, G., et H. Clarke, 1998. « Paying for LTC in the UK: Policy, Theory and Evidence », dans P. Taylor-Goodby (dir.), *Choice and Public Policy: The Limits to Welfare Markets*, Basingstoke (R.-U.), Palgrave Macmillan.

Pauly, M. V., 1990. « The Rational Non-purchase of Long Term Care Insurance », *Journal of Political Economy*, vol. 98, p. 153-168.

Pezzin, L. E., P. Kemper et J. Reschovsky, 1996. « Does Publicly Provided Home Care Substitute for Family Care? Experimental Evidence with Endogenous Living Arrangements », *Journal of Human Resources*, vol. 31, nº 3, p. 650-676.

Ramage-Martin, P. L., 2006. « Successful Aging in Health Care Institutions », *Health Reports*, nº 16 (supplément), p. 47-56.

Royal Commission on Long Term Care, 1999. *With Respect to Old Age: Long Term Care — Rights and Responsibilities*, rapport présenté au Parlement à la demande de Sa Majesté, Londres, The Stationery Office.

Saving, T. R., 2000. « Making the Transition to Prepaid Medicare », *Journal of Economic Perspectives*, vol. 14, nº 2, p. 85-98.

Sloan, F., et E. C. Norton, 1997. « Adverse Selection, Bequests, Crowding Out, and Private Demand for Insurance: Evidence from the Long-Term Care Insurance Market », *Journal of Risk and Uncertainty*, vol. 15, p. 201-219.

Society of Actuaries, 2002. *Long-Term Care Experience Committee Intercompany Study*, 1984-1999, Schaumburg, IL, Society of Actuaries.

Statistique Canada, 2006. « The Wealth of Canadians: An Overview of the Results of the Survey of Financial Security 2005 », Pension and Wealth Research Paper Series.

———, 2010. *Population Projections for Canada, Provinces, and Territories, 2009 to 2036*, Demography Division, Cat. 91-520-X, Ottawa.

Tumlinson, A., C. Aguiar et M. O'Malley Watts, 2009. « Closing the Long-Term Care Funding Gap: The Challenge of Private Long-Term Care Insurance », Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured.

Walker, A., 1993. *Age and Attitudes: The Main Results from a Eurobarometer Survey, Eurobarometer Surveys on Opinions and Attitudes of Europeans No. 69*, Bruxelles, Commission européenne.

———, 1996. *The New Generational Contract — Intergenerational Relations, Old Age and Welfare*, Londres, University College London Press.

Wiener, J. M., L. Hixon Illston et R. J. Hanley, 1994. *Sharing the Burden — Strategies for Public and Private Long-Term Care Insurance*. Washington, DC, The Brookings Institution.

Wittenberg, R., B. Sandhu et M. Knapp, 2002. « Funding Long-Term Care: The Private and Public Options », dans E. Mossialos, J. Figueras et A. Dixon (dir.) *Funding Health Care: Options in Europe*, Maidenhead (R.-U.), Open University Press.

Les défis du vieillissement — Publications

The Federal Public Service Superannuation Plan: A Reform Agenda
Bob Baldwin (décembre 2012)

Le régime de pension de retraite de la fonction publique fédérale a besoin d'une réforme globale qui tient compte des questions de finances, de démographie et de gestion des ressources humaines auxquelles fait face le gouvernement sur le long terme.

Where Will You Retire? Seniors' Migration within Canada and Implications for Policy
Bruce Newbold et Tyler Meredith (novembre 2012)

Bien que la migration des aînés au Canada soit un phénomène local plutôt que national, toutes les municipalités doivent tenir compte dès maintenant de l'incidence d'une population vieillissante et intégrer cette perspective à leur planification et leurs politiques.

Financing Long-Term Care in Canada
Michel Grignon et Nicole F. Bernier (juin 2012)

Plus que toute autre option de financement, un régime d'assurance public des soins de longue durée offrirait une couverture universelle équitable et efficace, et il serait davantage compatible avec l'approche « vieillir chez soi » privilégiée par les aînés et préconisée par les gouvernements.

Pooled Target Benefit Pension Plans: Building on PRPPs
Robert L. Brown et Tyler Meredith (mars 2012)

Des régimes de pension collectifs à prestations cibles présenteraient de nombreux avantages par rapport aux régimes de pension agréés collectifs mis de l'avant par le gouvernement fédéral, notamment une meilleure couverture, des frais de gestion moins élevés et une sécurité accrue de l'épargne-retraite, tout en assurant aux employeurs une prévisibilité des coûts.

Les défis du vieillissement — Publications (suite)

Many Degrees of Policy Freedom: The Federal Government's Role in Care for Seniors
Harvey Lazar (novembre 2011)

Ottawa dispose d'un éventail d'options en matière de politiques pour répondre aux besoins de soins grandissants des personnes âgées et au sous-financement dans ce domaine sans empiéter sur le leadership des provinces et territoires.

Supporting Caregivers and Caregiving in an Aging Canada
Janice Keefe (novembre 2011)

Pour assurer des services adéquats de soutien à domicile aux aînés dans les années à venir, les gouvernements canadiens devront mieux appuyer les proches aidants et se doter d'une politique globale en matière de ressources humaines.

Population Aging and the Evolving Care Needs of Older Canadians: An Overview of the Policy Challenges
Neena Chappell (octobre 2011)

Le vieillissement de la société canadienne ne justifie pas les attitudes alarmistes ; toutefois, nous devons soigneusement planifier l'avenir pour assurer des soins appropriés aux personnes âgées.

A New Pension Plan for Canadians: Assessing the Options
Keith Horner (juillet 2011)

L'analyse comparative de trois options de réforme du système de pension révèle que c'est la mise en œuvre d'un régime national obligatoire à prestations déterminées (en élargissant, par exemple, le Régime de pensions du Canada et le Régime de rentes du Québec) qui assurerait un meilleur revenu de retraite aux adhérents et serait le plus avantageux pour l'économie.

Les défis du vieillissement — Publications (suite)

Projecting the Adequacy of Canadians' Retirement Incomes: Current Prospects and Possible Reform Options
Michael Wolfson (avril 2011)

Selon les projections de l'étude, la moitié des Canadiens à revenu moyen nés entre 1945 et 1970 subiront une baisse d'au moins 25 p. 100 de leur niveau de vie à leur départ à la retraite, et les propositions de réformes graduelles du Régime de pensions du Canada et du Régime de rentes du Québec récemment mises de l'avant n'amélioreraient pas sensiblement la situation. Les gouvernements devront donc envisager des réformes plus importantes et novatrices.

Is Your Defined-Benefit Pension Guaranteed? Funding Rules, Insolvency Law and Pension Insurance
Ronald B. Davis (mars 2011)

Les régimes de retraite à prestations déterminées n'offrent pas une pleine garantie de revenu à leurs adhérents ; certaines politiques visant à établir clairement les risques auxquels sont soumis ces régimes et essayant de les réduire seraient plus efficaces qu'une réforme des lois en matière d'insolvabilité ou la mise en place d'un programme national de garantie des prestations de retraite.

Residential Long-Term Care for Canada's Seniors: Nonprofit, For-Profit or Does it Matter?
Margaret J. McGregor et Lisa A. Ronald (janvier 2011)

En dépit de résultats de recherches canadiennes et américaines montrant qu'en matière de soins de longue durée pour personnes âgées il existe un lien entre les établissements qui sont à but lucratif et des soins de moindre qualité, et que les personnes âgées vulnérables sont plus susceptibles de recevoir des soins de qualité dans des établissements sans but lucratif, c'est le secteur à but lucratif qui est en expansion au Canada.

Pension Reform in Canada: A Guide to Fixing Our Futures Again
Bob Baldwin (décembre 2010)

Le Canada s'est engagé définitivement à améliorer son système de revenu de retraite ; mais quelles que soient les réformes qui seront finalement mises en place, il faudra résoudre des questions clés et d'épineux problèmes philosophiques.

À propos de cette étude

Cette étude fait partie du programme de recherche Les défis du vieillissement, dirigé par Nicole F. Bernier. Elle a été traduite de l'anglais par Michel Beauchamp. Nicole F. Bernier a assuré l'adaptation française, Félice Schaefli, la révision linguistique, Josée Dufour, la correction d'épreuves, Chantal Létourneau, la mise en pages, et Schumacher Design, le graphisme.

Nicole F. Bernier est directrice du programme de recherche de l'IRPP Les défis du vieillissement. Docteure en science politique et spécialiste des politiques de la santé et du bien-être, elle s'intéresse aux politiques canadiennes et québécoises depuis plus de 20 ans. Elle a travaillé en recherche et en enseignement universitaires, en journalisme et en communications. Avant de se joindre à l'IRPP, elle a été chercheuse postdoctorale en santé publique, boursière du Fonds de recherche en santé du Québec et professeure sous octroi à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Elle a assuré la direction francophone de la *Revue canadienne de science politique* et publié deux monographies, *Le désengagement de l'État providence* (Presses de l'Université de Montréal, 2003) et *L'environnement politique de la santé* (Presses de l'Université Laval, 2011).

Michel Grignon est directeur du Centre for Health Economics and Policy de l'Université McMaster, et professeur agrégé aux départements d'économie, et de santé, vieillissement et société de cette université. Il est aussi directeur de recherche associé à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé de Paris, où il a été chercheur avant de se joindre à l'Université McMaster en 2004. Il a obtenu l'équivalent d'une maîtrise à l'École nationale de statistique et d'économie de Paris, et un doctorat à l'École des hautes études en sciences sociales de Paris. Il possède une vaste expérience internationale en matière de recherche en économie de la santé, en politiques de la santé, en assurance de la santé et en vieillissement. Ses recherches actuelles traitent des effets d'une société vieillissante sur les dépenses en soins de santé, au Canada et en France, ainsi que sur les iniquités dans l'utilisation des soins de santé et les politiques de santé au Canada.

SVP citer cette étude comme suit :
Grignon, Michel, et Nicole F. Bernier, 2013. *Financer les soins de longue durée : une assurance privée ou publique ?*, Étude IRPP n° 39, Montréal, Institut de recherche en politiques publiques, http://www.irpp.org/pubs/IRPPstudy/IRPP_Study_no39.pdf.

Fondé en 1972, l'Institut de recherche en politiques publiques est un organisme canadien indépendant, bilingue et sans but lucratif. L'IRPP cherche à améliorer les politiques publiques canadiennes en effectuant des travaux de recherche, en mettant en avant de nouvelles perspectives et en suscitant des débats sur les grands enjeux actuels et les défis à venir pour le Canada. L'indépendance de l'Institut est assurée par un fonds de dotation établi au début des années 1970 grâce aux contributions des gouvernements fédéral et provinciaux ainsi que du secteur privé.

Founded in 1972, the Institute for Research on Public Policy is an independent, national, bilingual, nonprofit organization. The IRPP seeks to improve public policy in Canada by generating research, providing insight and sparking debate on current and emerging policy issues facing Canadians and their governments. The Institute's independence is assured by an endowment fund, to which federal and provincial governments and the private sector contributed in the early 1970s.

Les droits d'auteur appartiennent à l'IRPP.
Pour commander ce document ou demander
la permission de l'utiliser ou de le reproduire,
veuillez communiquer avec l'IRPP.

IRPP
1470, rue Peel, bureau 200
Montréal (Quebec) H3A 1T1
Téléphone : 514 985-2461
Télécopieur : 514 985-2559
Courriel : irpp@irpp.org